

Técnicas de modificación de conducta:

una guía para su puesta
en práctica

Jorge Barraca Mairal




EDITORIAL
SÍNTESIS

Técnicas de modificación de conducta

Una guía para su puesta en práctica

Jorge Barraca Mairal



Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o por cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

© Jorge Barraca Mairal

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-907756-8-4

Impreso en España - Printed in Spain

Índice

[Introducción](#)

PARTE 1

BASES DE LA INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

[1. Qué es la modificación de conducta](#)

[1.1. Qué es la modificación de conducta](#)

[1.2. La conducta](#)

[1.3. Principios de la modificación de conducta](#)

[1.4. Campos de aplicación](#)

[1.4.1. Ámbito clínico](#)

[1.4.2. Ámbito de la salud y del cuidado personal](#)

[1.4.3. Ámbito educativo](#)

[1.4.4. Ámbito comunitario](#)

[1.4.5. Ámbito empresarial](#)

[1.4.6. Ámbito del rendimiento deportivo](#)

[1.4.7. Ámbito de la vida cotidiana](#)

[2. Evaluación conductual](#)

[2.1. Conceptos básicos de la evaluación conductual](#)

2.2. Características de la evaluación conductual

2.3. Registro conductual y fases de la intervención conductual

2.3.1. Fase inicial de recogida de información

2.3.2. Fase de línea base

2.3.3. Fase de intervención

2.3.4. Fase de seguimiento

2.4. Análisis de la conducta

2.4.1. Análisis topográfico

2.4.2. Análisis funcional

3. Principios de aprendizaje aplicados a la modificación de conducta

3.1. Reforzamiento y castigo desde el condicionamiento operante

3.1.1. Reforzamiento positivo

3.1.2. Reforzamiento negativo

3-1-3- Castigo positivo

3.1.4. Castigo negativo

3.1.5. Extinción

3.2. Estímulos condicionados clásicamente: generalización y habituación

3.3. Explicaciones comunes de las conductas inadaptadas

3.3.1. Conductas inadaptadas mantenidas por la atención social (refuerzo

sensorial social positivo)

3.3.2. Conductas inadaptadas mantenidas por auto-estimulación agradable (refuerzo sensorial interno positivo)

3-3-3- Conductas inadaptadas mantenidas por estímulos aversivos internos (refuerzo negativo interno)

3.3.4. Conductas inadaptadas mantenidas por refuerzos ambientales (refuerzo sensorial externo positivo)

3-3-5- Conductas inadaptadas mantenidas por escape y evitación de demandas (refuerzo social negativo)

3.3.6. Conductas inadaptadas mantenidas por escape y evitación de estímulos aversivos no sociales (refuerzo negativo externo)

3.3.7. Conductas inadaptadas explicadas por condicionamiento clásico

3.4. Planificación de una intervención desde la modificación de conducta

3.4.1. Recepción de la demanda y preparación de la intervención

3.4.2. Fase de evaluación

3.4.3. Fase de explicación conductual del problema

3.4.4. Fase de implementación de la intervención

3.4.5. Fase de evaluación de los resultados y programación del mantenimiento

PARTE II

TÉCNICAS PARA LA CREACIÓN E INCREMENTO DE CONDUCTAS

4. Reforzamiento de conductas

4.1. Estímulos reforzadores

4.1.1. Clasificación de los estímulos reforzadores

4.1.2. El principio de Premack

4.1.3. Reglas para la correcta elección de reforzadores

4.1.4. Reglas para la aplicación de reforzadores

4.2. Programas de reforzamiento

4.2.1. Programas de razón

4.2.2. Programa de intervalo

4.2.3. Programa de duración

4.3. Proceso de aplicación del reforzamiento

4.4. Ejemplo aplicado: el caso de Raúl

5. Moldeamiento

5.1. Qué es el moldeamiento

5.2. Aplicación del moldeamiento

5.2.1. Concreción de la conducta final o terminal

5.2.2. Concreción de la conducta inicial

5.2.3. Concreción de los pasos que seguir en el proceso

5.2.4. Concreción del ritmo de progreso

5.3. Facilitación en la aplicación del moldeamiento

5.3.1. Incitación

5.3.2. Guía física

5.3.3. Ejemplificación

5.4. Ámbitos de aplicación

5.5. Ejemplo aplicado: el caso de María

6. Encadenamiento de conductas

6.1. Qué es el encadenamiento de conductas

6.2. Aplicación del encadenamiento de conductas

6.2.1. Análisis de los componentes de la cadena

6.2.2. Estrategias para el seguimiento de la cadena

6.2.3. Ensayo del encadenamiento con modelado

6.2.4. Empezar el entrenamiento del encadenamiento

6.2.5. Valoración de los reforzadores que emplear

6.3. Formatos de aprendizaje del encadenamiento de conductas

6.4. Ámbitos de aplicación

6.5. Ejemplo aplicado: el caso de Carlos

7. Desvanecimiento

7.1. Qué es el desvanecimiento

7.2. Aplicación del desvanecimiento

[7.2.1. Selección del estímulo final deseado](#)

[7.2.2. Selección del estímulo inicial](#)

[7.2.3. Programación del desvanecimiento](#)

[7.2.4. Selección de los reforzadores](#)

[7.3. Campos de aplicación del desvanecimiento](#)

[7.4. Ejemplo aplicado: el caso de Daniela](#)

[8. Economía de fichas](#)

[8.1. Qué es la economía de fichas](#)

[8.2. Preparación de la aplicación de la economía de fichas](#)

[8.2.1. Elección de las conductas objetivo](#)

[8.2.2. Establecimiento de la línea base](#)

[8.2.3. Selección de los reforzadores de apoyo](#)

[8.2.4. Selección de las fichas](#)

[8.3. Aplicación de la economía de fichas](#)

[8.3.1. Explicación del procedimiento a los implicados](#)

[8.3.2. Reglas básicas de aplicación](#)

[8.3.3. Desmantelamiento de la economía de fichas y generalización de los resultados](#)

[8.4. Ejemplo aplicado: el caso de Elías](#)

9. Contratos de contingencias

9.1. Qué es un contrato de contingencias

9.2. Elaboración de contratos de contingencias

9.3. Otros aspectos dignos de consideración en la elaboración de contratos

9.4. Ejemplo aplicado: el caso de Cayetano

10. Aprendizaje por modelos y entrenamiento en habilidades sociales

10.1. Qué es el aprendizaje por modelos

10.2. Proceso de modelado

10.2.1. Fase de aprendizaje

10.2.2. Fase de ejecución

10.3. El modelado encubierto

10.4. Ámbito de aplicación del aprendizaje por modelos

10.5. Entrenamiento en habilidades sociales

10.5.1. Instrucciones

10.5.2. Modelado

10.5.3. Ensayo conductual

10.5.4. Feedback

10.5.5. Reforzamiento y tareas para casa

10.6. Ejemplo aplicado: el caso de Manuel

PARTE III

TÉCNICAS PARA LA REDUCCIÓN Y ELIMINACIÓN DE CONDUCTAS

11. Extinción

11.1. Qué es la extinción

11.2. Aplicación de la extinción

11.2.1. Identificación del reforzador que mantiene la conducta y de su naturaleza

11.2.2. Tolerancia ante el incremento inicial de la conducta indeseable y de su mantenimiento a medio plazo

11.2.3. Riesgo para el sujeto al que se aplica la extinción o para otras personas de alrededor

11.2.4. Explicación del procedimiento al sujeto al que se va a aplicar la extinción

11.3. La extinción encubierta

11.4. Ejemplo aplicado: el caso de Ernestina

12. Reforzamiento diferencial

12.1. Qué son las técnicas de reforzamiento diferencial

12.2. Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB)

12.3. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)

12.4. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI)

[12.5. Reforzamiento diferencial de conductas alternativas \(RDA\)](#)

[12.6. Ejemplo aplicado: el caso de Ramón](#)

[13. Control de estímulos e inducción situacional](#)

[13.1. Qué es el control de estímulos](#)

[13.2. Aplicación del control de estímulos](#)

[13.3. Campos de aplicación](#)

[13.4. Inducción situacional](#)

[13.4.1. Reorganización del ambiente](#)

[13.4.2. Trasladar la actividad a otra ubicación](#)

[13.4.3. Reubicar a las personas](#)

[13.4.4. Cambiar de horarios la actividad](#)

[13.5. Ejemplo aplicado: el caso de Cecilia](#)

[14. Coste de respuesta](#)

[14.1. Qué es el coste de respuesta](#)

[14.2. Aplicación del coste de respuesta](#)

[14.3. Ejemplo aplicado: el caso de Corina](#)

[15. Tiempo fuera](#)

[15.1. Qué es el tiempo fuera](#)

[15.2. Modalidades del tiempo fuera](#)

[15.3. Aplicación del tiempo fuera exclusivo](#)

[15.4. Ejemplo aplicado: el caso de Teresa](#)

[16. Saciación](#)

[16.1. Qué es la saciación](#)

[16.2. Modalidades de la saciación](#)

[16.2.1. Saciación de estímulo](#)

[16.2.2. Saciación de respuesta](#)

[16.3. Aplicación de la saciación](#)

[16.4. Ejemplo aplicado: el caso de Samuel](#)

[17. Sobrecorrección](#)

[17.1. Qué es la sobrecorrección](#)

[17.2. Modalidades de la sobrecorrección](#)

[17.2.1. Sobrecorrección restitutiva](#)

[17.2.2. Sobrecorrección con práctica positiva](#)

[17.3. Aplicación de la sobrecorrección](#)

[17.4. Ejemplo aplicado: el caso de Sonia](#)

[18. Castigo positivo y otros procedimientos aversivos](#)

[18.1. Qué es el castigo positivo](#)

[18.2. Reglas para la aplicación del castigo positivo](#)

[18.3. Inconvenientes del castigo positivo y prevenciones en su uso](#)

[18.4. Técnicas aversivas desde el condicionamiento clásico](#)

[18.5. Algunas objeciones teóricas y prácticas de las técnicas aversivas](#)

[18.6. La sensibilización encubierta](#)

[18.7. Ejemplo aplicado: el caso de Casimiro](#)

PARTE IV

TÉCNICAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA ACTIVACIÓN

[19. Relajación muscular progresiva y respiración abdominal](#)

[19.1. Qué es la relajación muscular progresiva](#)

[19.2. Procedimiento de aplicación de la relajación muscular](#)

[19.3. Recomendaciones para la puesta en práctica de la relajación](#)

[19.4. Evaluación de la relajación](#)

[19.5. Problemas durante la puesta en práctica y soluciones](#)

[19.6. La respiración abdominal](#)

[19.7. Ejemplo aplicado: el caso de Raquel](#)

[20. Desensibilización Sistemática y sus variantes](#)

[20.1. Qué es la Desensibilización Sistemática](#)

[20.2. Proceso de aplicación de la Desensibilización Sistemática](#)

[20.2.1. Aprendizaje de una técnica de relajación](#)

[20.2.2. Elaboración de la jerarquía](#)

[20.2.3. Pruebas previas de calidad de la imaginación y de respuesta emocional a la imaginación](#)

[20.2.4. Aplicación de la secuencia de Desensibilización Sistemática](#)

[20.3. Variantes en la Desensibilización](#)

[20.3.1. La Desensibilización en vivo](#)

[20.3.2. La Desensibilización Sistemática en grupo](#)

[20.3.3. La Desensibilización a través de realidad virtual](#)

[20.3.4. La Desensibilización como técnica de control](#)

[20.4. Ejemplo aplicado: el caso de Daniel](#)

[21. Técnicas de exposición](#)

[21.1. Qué son las técnicas de exposición](#)

[21.2. Procedimiento general de exposición](#)

[21.2.1. Elección de la pertinencia de la exposición y su modalidad](#)

[21.2.2. Procedimiento básico de exposición](#)

[21.2.3. Consideraciones sobre la labor del modificador durante la exposición](#)

[21.3. Variantes de la exposición](#)

[21.3.1. Exposición en vivo y exposición simbólica](#)

[21.3.2. Exposición gradual versus no gradual y masiva versus espaciada](#)

[21.3.3. Exposición autoaplicada, individual y grupal](#)

[21.4. Ejemplo práctico: el caso de Esperanza](#)

[22. Inoculación de estrés y otras técnicas de afrontamiento](#)

[22.1. Qué es la inoculación de estrés](#)

[22.2. Puesta en práctica de la inoculación de estrés](#)

[22.2.1. Fase de conceptualización \(o fase educativa\)](#)

[22.2.2. Fase de adquisición y ensayo de habilidades](#)

[22.2.3. Fase de aplicación de la inoculación](#)

[22.3. Campos de aplicación y eficacia de la inoculación de estrés](#)

[22.4. Otras técnicas de afrontamiento](#)

[22.4.1. Entrenamiento en el manejo de ansiedad](#)

[22.5. Ejemplo aplicado: el caso de Irina](#)

PARTE V

TÉCNICAS COGNITIVAS Y TERAPIAS CONDUCTUALES DE TERCERA GENERACIÓN

[23. Parada de pensamiento](#)

[23.1. Qué es la parada de pensamiento](#)

[23.2. Aplicación de la parada de pensamiento](#)

[23.3. Campos de aplicación y eficacia de la parada de pensamiento](#)

[23.4. Ejemplo aplicado: el caso de Paco](#)

[24. Autocontrol y autoinstrucciones](#)

[24.1. Qué es el autocontrol](#)

[24.2. Procedimiento básico de aplicación del autocontrol](#)

[24.2.1. Fases del entrenamiento](#)

[24.2.2. Técnicas del entrenamiento](#)

[24.3. Evaluación crítica del autocontrol](#)

[24.4. Autoinstrucciones](#)

[24.5. Procedimiento básico del entrenamiento en autoinstrucciones](#)

[24.6. Evaluación crítica de las autoinstrucciones](#)

[24.7. Ejemplo aplicado: el caso de Aurora](#)

[25. Terapia Racional Emotiva Conductual](#)

[25.1. Qué es la Terapia Racional Emotiva Conductual](#)

[25.2. El esquema A-B-C y las creencias irracionales](#)

[25.3. Aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual](#)

[25.3.1. El proceso de la TREC](#)

[25.3.2. El estilo y la actitud del terapeuta de TREC](#)

[25.3.3. Estructuración de las sesiones](#)

[25.4. Técnicas empleadas en la TREC](#)

[25.4.1. Técnicas cognitivas](#)

[25.4.2. Técnicas conductuales](#)

[25.4.3. Técnicas emotivas](#)

[25.5. Campos de aplicación y evaluación crítica](#)

[25.6. Ejemplo práctico: el caso de Teodoro](#)

[26. Terapia Cognitiva](#)

[26.1. Qué es la Terapia Cognitiva](#)

[26.1.1. El modelo explicativo del origen de la depresión](#)

[26.1.2. La tríada cognitiva](#)

[26.1.3. Las distorsiones cognitivas](#)

[26.1.4. Los pensamientos automáticos](#)

[26.2. Aplicación de la Terapia Cognitiva](#)

[26.2.1. Cualidades del terapeuta de la Terapia Cognitiva](#)

[26.2.2. El proceso terapéutico en la Terapia Cognitiva](#)

[26.3. Técnicas de tratamiento](#)

[26.3.1. Técnicas conductuales](#)

[26.3.2. Técnicas cognitivas](#)

[26.3.3. Técnicas emotivas](#)

[26.4. Ámbito de aplicación y evidencia de resultados de la Terapia Cognitiva](#)

[26.5. Ejemplo aplicado: el caso de Berta](#)

[27. Terapia de Solución de Problemas](#)

[27.1. Qué es la Terapia de Solución de Problemas](#)

[27.2. Conceptos clave y evaluación en la TSP](#)

[27.3. Secuencia de aplicación de la TSP](#)

[27.3.1. Orientación hacia el problema](#)

[27.3.2. Definición y formulación del problema](#)

[27.3.3. Generación de alternativas de solución](#)

[27.3.4. Toma de decisiones](#)

[27.3.5. Implementación de la solución y verificación](#)

[27.4. Campos de aplicación y valoración crítica de la TSP](#)

[27.5. Ejemplo aplicado: el caso de Soledad](#)

[28. Terapias de conducta de tercera generación](#)

[28.1. Bases de las terapias de conducta de tercera generación](#)

[28.2. La Psicoterapia Analítica Funcional \(FAP\)](#)

[28.2.1. Aplicación clínica de la FAP](#)

[28.2.2. El papel de las cogniciones en la FAP](#)

[28.2.3. Campos de aplicación y valoración crítica de la FAP](#)

[28.3. La Terapia de Aceptación y Compromiso \(ACT\)](#)

[28.3.1. Presupuestos filosóficos y teóricos de la ACT](#)

[28.3.2. La actitud del terapeuta de ACT](#)

[28.3.3. Elementos de la terapia ACT](#)

[28.3.4. Fases de la terapia ACT](#)

[28.3.5. Campos de aplicación y valoración crítica de la ACT](#)

[28.4. Otras terapias de tercera generación](#)

[28.4.1. La Terapia de Activación Conductual \(BA\)](#)

[28.4.2. La Terapia Integral Conductual de Pareja \(IBCT\)](#)

[28.4.3. La Terapia Dialéctica Conductual \(DBT\)](#)

[28.4.4. La Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness \(MBCT\)](#)

[28.5. Ejemplo aplicado: el caso de Arturo](#)

[Bibliografía](#)

Introducción

Muchos psicólogos y educadores desean poner en práctica técnicas de modificación de conducta que nunca han visto previamente aplicadas en un caso real o explicadas con la claridad y el detalle que esa aplicación requeriría. Esta circunstancia no es achacable a una falta de interés o a la creencia de que su puesta en acción resulta obvia tras la lectura de su descripción en un manual técnico. En realidad, a la hora de implementar un procedimiento con una persona de carne y hueso, todos los profesionales se sienten más seguros si han contado previamente con prácticas en vivo o, en su ausencia, han tenido acceso a un material sencillo que ilustre de forma precisa su aplicación. Por tanto, es la ausencia de esa información o la dificultad para contar con esas prácticas la razón de que existan dudas en la ejecución de las técnicas o, desgraciadamente, de que en ocasiones se apliquen incorrectamente. El propósito de este manual consiste en reparar esta carencia al ofrecer, junto con una explicación escrita muy didáctica, unos diálogos que ayuden a entender de forma elemental la dinámica de su puesta en marcha.

No obstante, presentar exclusivamente unos capítulos con aclaraciones sencillas o con diálogos de casos prácticos en los que se llevan a ejecución las técnicas sin aportar antes explicaciones sobre su contenido y su sustrato teórico representaría un grave error. La modificación de conducta es un amplio saber científico que tiene su contextualización dentro de la psicología experimental y que presupone unos conocimientos previos sobre evaluación, aprendizaje, motivación, experimentación y otras ramas de la Psicología. De no contar con estos andamiajes, podría creerse que aplicar las técnicas de modificación de conducta consiste, sencillamente, en imitar lo leído en un diálogo y repetir los mismos procedimientos o las mismas palabras con independencia del análisis del caso, teniendo en cuenta solo la similitud de ciertos patrones. Para explicarlo con una analogía, sería equivalente a atreverse a operar un tumor porque se ha visto en un vídeo cómo lo hace un cirujano y copiar exactamente los mismos movimientos con la confianza de

que siempre el proceso será exactamente igual en todos los pacientes. De aquí que el texto previo de este volumen sea inseparable del contenido de los diálogos de los casos y que su lectura atenta sea la forma de aprender realmente a aplicar correctamente los procedimientos.

Por esta misma razón, antes de que comiencen a explicarse las distintas técnicas y los diálogos de los casos aplicados, los primeros capítulos de este libro están dedicados a exponer las bases de la modificación de conducta. De este modo, se repasan, en primer lugar, varios elementos clave de la definición o delimitación de la modificación de conducta, su unidad de análisis (la conducta), sus postulados y, ya de forma muy sucinta, algunos de sus posibles ámbitos de acción. En el segundo capítulo se aborda el tema del proceso de evaluación conductual, haciendo hincapié en los procedimientos básicos para recoger la información que necesita poseer el modificador de conducta, y - ante todo - el tipo de análisis que guía la intervención. Por último, en el tercer capítulo, se recuerdan algunos conceptos elementales de aprendizaje (operante y clásico), se incluyen las explicaciones más habituales de las conductas inadaptadas y se desglosa el planteamiento que debe regir la intervención desde la modificación de conducta. Todo ello aporta las claves para comenzar a entender por qué se recurre a las técnicas presentadas en la siguiente sección de esta guía y cuál es el marco de trabajo que impone su implementación.

Únicamente tras esta introducción teórica cobra sentido adentrarse en los capítulos de las técnicas y en sus diálogos. En todos ellos hay una descripción sencilla de la técnica, una especificación clara y por pasos de su puesta en práctica y un apartado donde se mencionan sus ámbitos de aplicación preferentes. Aunque se quiera pasar directamente a los ejemplos contenidos en los diálogos entre modificador y paciente, lo más recomendable es leer siempre antes la parte inicial de cada capítulo dedicado a la explicación y enmarque de la técnica. La ilustración práctica al final y su integración con la primera parte de cada capítulo es el mejor medio para aprender a usar eficazmente los procedimientos que aquí se presentan. Por esta razón es importante que los diálogos y el texto del libro se conciban como una unidad

y no se lean de forma independiente.

Junto con las técnicas en sí, en los capítulos finales - los que corresponden fundamentalmente a las técnicas cognitivas y de tercera generación - se han incluido algunas terapias que integran varios procedimientos. Se trata de intervenciones para las cuales es necesario unir varias técnicas de forma coordinada y coherente (tal es el caso de la Inoculación de estrés, la Terapia Racional Emotiva Conductual o la Terapia Cognitiva de Beck). En realidad, es infrecuente que en la práctica clínica real (y en particular ante problemas tan graves como una depresión o una adicción) se recurra únicamente a un procedimiento; por eso, saber cómo deben conjugarse, en qué orden deben presentarse y cómo aúnan sus objetivos es también importante para cualquier modificador de conducta. Y, por tanto, aunque presentadas de forma independiente para facilitar su comprensión, las técnicas descritas en las partes II o III - aunque también algunas de la parte IV, como la relajación muscular progresiva o la desensibilización sistemática - raramente se aplican con exclusividad al ayudar a una persona.

Todos los procedimientos conductuales que se han incorporado en los capítulos de esta guía se hallan bien contrastados: varios decenios de investigación avalan su eficacia y su eficiencia para resolver distintos problemas de conducta. Sin embargo, esta guía tiene un carácter más didáctico que el clásico manual académico que recoge las distintas investigaciones sobre las técnicas. Por eso, en el texto se prescinde de citas y referencias, y el contenido textual se enfoca decididamente a la formación en estos procedimientos y a su divulgación. Los datos experimentales sobre su utilidad pueden ser consultados en manuales generales de modificación de conducta, en manuales de terapias o técnicas concretas o en revistas científicas de orientación conductual. Por estar únicamente enfocado hacia su conocimiento pragmático, al presentar las técnicas se incluyen únicamente los datos relevantes para su justificación, su elección y su correcta puesta en marcha. No se compara su eficacia con otros métodos ni se desglosa su recorrido histórico. Sin embargo, en la bibliografía que aparece al final del texto, el lector interesado podrá encontrar toda esa información.

Durante años las técnicas de modificación de conducta se han divulgado y han alcanzado a todo tipo de personas e instituciones. Por desgracia, a veces esta expansión ha redundado muy negativamente en su comprensión, su aprendizaje sistemático y su buen uso. Hoy en día son tantas las posibilidades para su diseminación que resulta inútil querer limitar su empleo exclusivamente a profesionales competentes y con una formación determinada (psicólogos, psiquiatras, educadores); por eso, el mejor servicio que se puede hacer a la sociedad es presentar un material riguroso y correctamente contextualizado. Esta guía aspira a lograr ese objetivo.

Una nota sobre los diálogos

Para preservar la intimidad de las personas a las que realmente se les aplicaron las técnicas se han cambiado los nombres reales o algunas circunstancias de los casos presentados en los diálogos. No obstante, los problemas son verdaderos y reproducen con fidelidad las reacciones y los comentarios que tuvieron sus protagonistas. Las acciones del terapeuta, las técnicas propuestas para la intervención y el modo de llevarlas a cabo también son las mismas que se dieron en los casos reales. Naturalmente, no se reproduce el diálogo de toda una sesión o situación, sino únicamente los detalles de la puesta en práctica de las técnicas (y solo en sus momentos relevantes), pues no es el objeto de esta guía mostrar todo el proceso terapéutico, sino únicamente ilustrar el empleo de unas técnicas de modificación de conducta para comprender su correcta puesta en práctica, incluyendo los comentarios y dudas que frecuentemente tienen las personas a las que se les aplican.

Se comprobará que en las sesiones no siempre las cosas salieron, en un primer momento, tal y como se esperaba. La falta de una buena comprensión de la técnica por parte del paciente, o una incompleta preparación del modificador y su falta de previsión ante los obstáculos que podrían surgir, explica estos malos resultados que, más tarde, se corrigieron. Todos estos problemas se han dejado aquí para evitar estos errores tan característicos de la puesta en práctica y para ilustrar mejor una buena aplicación.

Por último, debe aclararse que en las terapias que se presentan en los últimos capítulos solo se ha escogido una técnica concreta dentro de todo el abanico posible que se puso en práctica en los casos. Ilustrar cómo se incorporan todos los componentes de la Terapia Cognitiva, de la Terapia de Solución de Problemas o de la Terapia de Aceptación y Compromiso hubiese implicado redactar un libro nuevo completo.

Quiero agradecer a mis alumnos Ángeles Serrano Sevillano y Miguel Ángel González Orbaneja su inestimable ayuda en la transcripción de los diálogos que cierran cada capítulo de las técnicas. Sin su esfuerzo de síntesis este manual habría perdido una parte importante para la comprensión de la puesta en práctica de los distintos procedimientos.

Este libro esta dedicado: A AB.

PARTE I

Bases de la intervención conductual

1

Qué es la modificación de conducta

La primera parte de esta guía está compuesta por tres capítulos que sirven para delimitar el enfoque propuesto por la modificación de conducta, sus métodos y su justificación. Aunque a menudo se han asociado técnicas y modificación de conducta, en realidad esta es algo muy distinto a los procedimientos de que se sirve y debe concebirse más como un tipo de análisis o acercamiento a los problemas y su corrección que a unas técnicas que, de hecho, se incorporan progresivamente, evolucionan, se actualizan en sus componentes o formatos, o se acaban sustituyendo por otras nuevas y más eficaces.

1.1. Qué es la modificación de conducta

De forma muy elemental, la modificación de conducta puede definirse como la aplicación sistemática de principios de aprendizaje y de la psicología experimental con el objetivo de eliminar, disminuir o cambiar conductas que no son adaptativas. Estos principios de aprendizaje y de la psicología experimental conforman o se integran en técnicas que se han desarrollado con el fin de lograr una mayor eficacia a la hora de modificar las conductas objeto de intervención y tienen como característica fundamental haber contrastado experimentalmente su eficacia en problemas y sujetos semejantes. Por otro lado, la definición incluye que la modificación de conducta se lleva a cabo específicamente con las conductas que no resultan adaptadas. Se entiende como conductas inadaptadas aquellas que acarrear sufrimiento, insatisfacción, malestar o problemas a la persona o le impiden desarrollarse o alcanzar sus objetivos vitales a medio o largo plazo. Por último, el término

nuclear de la definición es el de "conducta". Delimitar qué es conducta no resulta sencillo y las aproximaciones a este concepto han sido muy divergentes. En el apartado siguiente se propone un acercamiento a este término, cuya comprensión es la clave para entender todo el trabajo que supone la práctica la modificación de conducta.

Aunque estrictamente hablando no formen parte de su definición, ciertos aspectos o rasgos han acabado también por delimitar la modificación de conducta. En concreto, se han considerado característicos su proceso de evaluación, su concepción de la disfuncionalidad y su modalidad de análisis. Respecto al proceso de evaluación es importante recalcar que la modificación de conducta concibe los problemas de las personas de forma operativa; es decir, formulándonos en términos que se puedan observar, medir, establecer hipótesis sobre su origen y mantenimiento y contrastar su cambio tras la intervención. En lo que toca a la disfuncionalidad, la modificación de conducta elude hablar de normalidad o anormalidad y prefiere considerar los problemas de las personas como déficit o excesos comportamentales. Por último, respecto a su análisis, es propio de la modificación de conducta centrarse en las contingencias presentes y los estímulos del entorno inmediato que mantienen o perpetúan la conducta. Más adelante se tratarán con mayor detalle estos rasgos tradicionalmente asociados con la modificación de conducta.

El término modificación de conducta se ha distinguido en ocasiones del de terapia de conducta, empleándose esta última denominación para la aplicación de los procedimientos derivados del condicionamiento clásico, mientras que la primera se reservaba para las técnicas desarrolladas desde el condicionamiento operante. Igualmente, en ocasiones, se ha establecido una distinción entre ambas basada en el campo o ámbito de intervención. Así, se habla de terapia de conducta cuando se refiere a la actividad clínica del psicólogo conductual; es decir, su trabajo como psicoterapeuta que trata los problemas tradicionalmente denominados trastornos mentales o psicológicos, mientras que se opta por modificación de conducta para sugerir un ámbito de acción más amplio del psicólogo y del educador, que abarca el análisis y la

intervención en comportamientos humanos en múltiples contextos (educativos, empresariales, penitenciarios, institucionales, ciudadanos, deportivos, comerciales, publicitarios, etc.). No obstante, la mayoría de los autores integra hoy en día las dos denominaciones bajo el rótulo general de modificación de conducta, y así es como también se entiende en este libro.

Por último, el análisis aplicado de la conducta es un concepto que se emplea para señalar un tipo de análisis cuyo objetivo es establecer la relación causal entre las variables que controlan la conducta, con independencia del ámbito en que estas relaciones se produzcan.

1.2. La conducta

La conducta es la unidad de análisis del modificador de conducta, el elemento al que dirige su interés y sobre el que concentra su intervención. Por eso, comprender qué es la conducta resulta fundamental y precede al uso de cualquier técnica. Por desgracia, muchas veces se obvia este punto y de ahí se derivan malos usos de las técnicas de modificación y una dificultad para percibir el auténtico propósito de la intervención.

Aunque caben distintas alternativas de definición, el término conducta (o comportamiento, que en este libro se usarán indistintamente) se entiende aquí como la conexión que se establece entre un tipo de acción o respuesta del organismo y una situación ambiental concreta. La conducta, así vista, incluye los componentes de una interacción: la acción, reacción o respuesta del organismo y los elementos estimulares del campo en que esta acaece. En consecuencia, se puede afirmar que la conducta es, por definición, aprendida, ya que el objeto de análisis no es tanto una "acción del organismo" como una "conexión" entre esa acción y la situación ambiental concreta. Las reacciones del organismo y los estímulos externos se dan ya de entrada, sin necesidad de aprendizaje; lo novedoso y lo que define la conducta es, por tanto, la unión que se crea; el que, a partir de un momento dado, se conecten. Es en esa unión, conexión o interacción sobre la que el modificador de conducta realiza su análisis y la que tiene en cuenta para su intervención.

De acuerdo con esta concepción, una delimitación correcta de una conducta específica y no problemática podría ser: "un hombre anda hacia el otro lado de la calle cuando el semáforo se pone en rojo y los coches se detienen". Obsérvese que la conducta no es "anda", sino esa acción de andar en conexión con otros elementos del campo (la calle, el semáforo en rojo y la parada de los coches). Naturalmente, esta conexión solo puede ser aprendida. Todo sujeto tiene, casi desde el nacimiento, el reflejo de paso, que luego se modificará y sustituirá por la capacidad de andar, pero lo que aquí se señala es que aprende a ponerse en marcha cuando se dan unos estímulos concretos (semáforo en rojo, coches parados). Esto confiere a la conducta su carácter propositivo y la vuelve irreductible de lo biológico, que no es aprendido.

Por tanto, no se debería hablar de conducta cuando alguien saliva al caer unas gotas de limón en su lengua, o si mueve la pierna al golpearle con un martillo en la rótula, o si llora de dolor porque la aguja de una jeringuilla penetra en su brazo. Es mejor llamar a este tipo de eventos reacciones, reflejos o respuestas (según su modalidad), ya que no son aprendidos. En cambio, si al cabo de varias experiencias similares, se saliva ante la mera contemplación del limón (o, más aún, ante su sola mención) o si un niño llora y tiembla al ver un a un hombre vestido con una bata blanca que lleva una jeringuilla en la mano, se trata de conductas, pues se han tenido que establecer (en un momento de la historia personal) esas conexiones, ya sea por condicionamiento clásico, operante o vicario.

Sin embargo, es verdad que existen respuestas o reacciones manifiestas mucho más complejas que las hasta ahora descritas, y que implican bastante más que un movimiento muscular simple o una secreción glandular específica. Por ejemplo, un sujeto infectado por la sífilis es posible que muestre, en la fase terciaria de la enfermedad, reacciones hostiles hacia los demás, creencias delirantes de grandeza, apatía extrema, profundos cambios vegetativos, etc. Del mismo modo, cuando un alcohólico está sufriendo un delirium tremens puede presentar alteraciones perceptivas (ver insectos inexistentes) y acciones sumamente agitadas, producto directo de la falta de la sustancia hacia la que ha desarrollado la tolerancia. En ambos ejemplos, no

puede hablarse de conductas aprendidas mantenidas por sus consecuencias, sino de reacciones orgánicas, aunque incluyan muchos movimientos o sistemas y se prolonguen en el tiempo. Con todo, el que se den unas u otras creencias, unas percepciones u otras y unas acciones determinadas también guarda relación con la historia de aprendizaje del sujeto afectado por estos factores orgánicos.

En los ejemplos anteriores la delimitación es clara, pero también existen muchos cuadros psicopatológicos en los cuales para los postulantes de un modelo médico las manifestaciones (o síntomas) pueden considerarse reacciones biológicas, mientras que para los que abogan por un modelo psicológico resultan conductas aprendidas, que obedecen directamente a las contingencias del medio. Tal es el caso de cuadros como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, las depresiones, las esquizofrenias o las obsesiones. Es cierto que pocos discuten hoy que los ciclos de euforia y depresión de un cuadro como el trastorno bipolar tienen componentes orgánicos; pero, incluso en este caso, es difícil hablar exclusivamente de reacciones, pues en la forma y en el contenido que adoptan los síntomas (aun en el grado de los delirios y las alucinaciones) pueden encontrarse elementos aprendidos.

En términos del condicionamiento operante (o instrumental) la definición de conducta aquí presentada podría formularse más técnicamente de la siguiente manera:

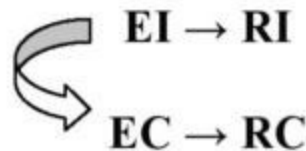
$$E^d \rightarrow R \rightarrow E^{r+}$$

Siendo E^d el estímulo discriminativo, R la respuesta y E^{r+} el estímulo reforzador positivo (el consecuente que mantiene esa conducta).

En el ejemplo del inicio de este epígrafe, el E^d correspondería a la luz roja del semáforo y la detención de los coches, la R a andar y el E^{r+} a llegar a la otra acera (si era eso lo que se pretendía). Lo importante es comprender que ninguno de estos elementos constituye por sí solo la conducta, sino que es la conexión aprendida entre todos ellos. Y es en esos elementos, o en su

vínculo, donde el modificador de conducta actuará si existe algún problema para el sujeto. Por ejemplo, consiguiendo que la R no se desencadene ante un Ed inadecuado, que la R tenga otra morfología, intensidad o rapidez, o que el E'+ se modifique.

En términos del condicionamiento clásico (o respondiente o pavloviano), en cambio, lo que se aprende es la emisión de una respuesta condicionada (RC), semejante o cercana a la incondicionada (RI) ante la presencia de un estímulo condicionado (EC); lo que sucede habitualmente tras su emparejamiento repetido con un estímulo incondicionado (EI). Gráficamente, podría representarse así:



Un ejemplo, también mencionado más arriba, puede ser el del niño que empieza a llorar (RC) al ver a un hombre vestido con una bata blanca (EC). En este caso, la conducta es la vinculación que, tras ensayos previos, se ha producido entre ese estímulo (hombre con la bata blanca) con esa respuesta (llanto). La misión del modificador de conducta, en este caso, consistirá en deshacer la relación entre ambos elementos de la interacción si por su intensidad o invariabilidad llega a convertirse en una conducta inadaptada.

Hasta ahora, por su carácter didáctico, se han utilizado ejemplos muy sencillos de respuestas (andar, llorar), pero lo cierto es que en la vida cotidiana los estímulos discriminativos lo son de toda una cadena de conductas, y no solo de una respuesta. Por ejemplo, si alguien está esperando una hora determinada para efectuar una serie de llamadas y resolver un problema financiero, el momento en que llega la hora prevista (además de, por ejemplo, estar solo) es el estímulo discriminativo para toda una compleja conducta como es efectuar llamadas y tratar de convencer a unas personas, y en la que el reforzador sería el resolver su problema económico. Por tanto, en muchas ocasiones - si no la mayoría - se trata de configuraciones estimulares

que desencadenan conjuntos de conductas destinadas a obtener reforzadores. En este sentido, el análisis que en general se emplea en la modificación de conducta es tanto molar como molecular, pues no son simples movimientos musculares o secreciones lo que resulta inadecuado y trata de cambiarse, sino amplias y complejas cadenas de conductas en extensos periodos de tiempo. Así mismo, es necesario señalar que, a pesar de que aquí se ha hecho una división clara entre la conducta respondiente y la operante, en la vida real actúan simultáneamente en la mayoría de las ocasiones.

Aparte de tener en cuenta el concepto de conducta explicado, en la modificación de conducta se considera imprescindible describir de forma concreta y operativa cualquier conducta objeto de intervención. Para poder elaborar la planificación de un tratamiento deben establecerse con la mayor claridad -y a ser posible con consenso entre distintos observadores - cuál o cuáles son los estímulos discriminativos de una respuesta, cómo es esa respuesta (duración, estabilidad, frecuencia, intensidad, etc.) y qué reforzadores la mantienen (cómo son, cuándo se obtienen, si son a corto o largo plazo, etc.). Las definiciones vagas, que no se refieren a conductas concretas o las explicaciones que parten de variables no observables (v. gr. "baja autoestima", "pobre concepto de uno mismo", "ira reprimida", "vagancia", "mal carácter", "deseos de auto-sabotaje", "actitud caprichosa", "nervios", "maldad", "baja inteligencia", "falta de voluntad", "desmotivación", etc.), no son demostrables ni susceptibles de manipulación, por lo que la modificación de conducta no las juzga útiles y dirige sus esfuerzos hacia la citada concreción de la conducta. Así, por ejemplo, para el modificador de conducta resulta más práctico saber que un niño grita y tira al suelo sus juguetes cuando se le dice que vaya a acostarse que afirmar que tal niño es caprichoso.

Es cierto que el uso de determinadas etiquetas diagnósticas es habitual también entre los psicólogos cognitivos-conductuales (por ejemplo, depresión, ansiedad, déficit de atención con hiperactividad, retraso mental, etc.). Estas denominaciones pueden servir para obtener e intercambiar una información general rápida entre profesionales, o bien, en la investigación,

para estudiar procedimientos útiles para conjuntos de pacientes, pero si se pretende implementar un tratamiento de modificación de conducta a un sujeto resulta imprescindible concretar cuáles son específicamente las conductas que realiza la persona así etiquetada. Además, en modificación de conducta los diagnósticos no se interpretan como causa u origen de los comportamientos (no dicen nada de la etiología del problema). Por tanto, no se cree que alguien llore, no se asee, refiera pensamientos autolíticos, coma poco, no se concentre, no quiera relacionarse, etc., porque padezca una depresión mayor; o que un niño esté inquieto y no preste atención porque tenga un déficit de atención con hiperactividad, sino, como en todos los demás casos, porque hay una historia de aprendizaje que se actualiza en los estímulos y reforzadores presentes en el momento de la emisión de las conductas específicas referidas y que son los que la mantienen. Por último, otro inconveniente del uso de etiquetas estriba en que las personas puedan sufrir problemas sociales por las connotaciones que albergan determinados diagnósticos y porque frecuentemente conducen a actitudes pasivas, en que el sujeto se considera un enfermo que ha de dejar su suerte en manos de médicos u otros profesionales sanitarios responsables de cambiar la manera en que se siente o actúa una vez que le traten con los fármacos o tratamientos biológicos adecuados a su diagnóstico.

1.3. Principios de la modificación de conducta

Para delimitar adecuadamente la modificación de conducta es importante conocer también varios puntos importantes que enmarcan sus principios de actuación. Algunos de ellos solo se han citado en el apartado en el que especificábamos su definición y serán ahora explicados con más detalle. Aunque existen distintas modalidades dentro de la modificación de conducta, los puntos aquí recogidos pueden estimarse comunes o compartidos por la inmensa mayoría de sus practicantes y, probablemente, conforman su base.

1. La modificación de conducta se construye a partir de los principios del aprendizaje y de la psicología experimental humana. Aunque es frecuente - como en otras ciencias - que haya primero un desarrollo teórico y experimental basado en el trabajo con animales de laboratorio, una vez

efectuadas estas investigaciones, los tratamientos se contrastan experimentalmente con sujetos humanos y se implementan solo cuando han demostrado fehacientemente su utilidad en estas circunstancias (utilizando las convenientes garantías como grupos control, diseños experimentales, tiempos suficientemente largos de intervención, seguimientos postratamiento, etc.) y resultan mejores que los tratamientos empleados hasta la fecha. Es importante recalcar que la psicología experimental humana, con toda su complejidad, y los desarrollos más recientes del aprendizaje en humanos son las fuentes teóricas y empíricas de las técnicas que se usan hoy en día.

2. Para la modificación de conducta, las diferencias entre la conducta normal y anormal no son cualitativas. La conducta se denomina "anormal" en la mayoría de los casos por convención social; por ejemplo, porque es una exacerbación de un comportamiento habitual en la mayoría de las personas o porque está muy disminuido respecto a lo esperado socialmente. Las conductas "anormales" son más bien conductas inadaptadas, que se aprenden y (se pueden desaprender) igual que la conducta normal, en el sentido de que se basan en los mismos principios de aprendizaje. Por eso, la modificación de conducta prefiere prescindir de etiquetas diagnósticas (esquizofrenia, déficit de atención, lesión cerebral mínima, trastorno depresivo mayor, etc.), dirige su atención a la concreción de las conductas particulares de cada sujeto y aborda esas conductas de la misma forma que las de un sujeto sin ningún diagnóstico.
3. En la modificación de conducta se enfatiza la necesidad de centrarse en las conductas problemáticas actuales, sin creer que estas sean señal de otro tipo de alteraciones o problemas subyacentes. Se defiende que las conductas problemáticas se explican por la historia de aprendizaje (refuerzo de determinadas acciones en el pasado, condicionamiento), junto con las variables estímulares presentes que actualizan esa historia. No obstante, las condiciones responsables del desarrollo inicial del trastorno pueden no ser las mismas que actualmente mantienen el problema. El esfuerzo por alterar las situaciones pasadas es fútil, ya que solo los

acontecimientos presentes y futuros son susceptibles de control. Naturalmente, tener conocimiento de las causas iniciales de un problema puede resultar importante, tranquilizador y, en muchos casos, desculpabilizador, pero es el trabajo en el momento actual lo que puede modificar las conductas del sujeto para que se tornen adaptativas. El objetivo es, por tanto, cambiar o eliminar la conducta inadaptada del presente (los déficits o excesos comportamentales de ese momento) y sustituirla por otra adaptada o enseñarla cuando esta no ha tenido nunca lugar.

- 4.El acercamiento de la modificación de conducta es tanto molecular como molar. Tiene en cuenta tanto manifestaciones simples de la conducta problemática como otras más amplias, y que abarcan un abanico grande y variado de acciones. Así, por ejemplo, un niño puede presentar diversas conductas inadaptadas (no levantarse de la cama, no comer adecuadamente, pelearse con sus hermanos, tardar mucho en vestirse, etc.) conectadas entre sí, pero el hecho de abordar una no tiene por qué suponer la mejora en las otras. En estos casos, el abordaje debe tener un carácter global. Igualmente, se considera que pueden existir conductas problemáticas secundarias a otras primarias. Por ejemplo, un sujeto puede recurrir a la bebida o al juego por problemas de ansiedad. En estas circunstancias, únicamente con el tratamiento de las manifestaciones de ansiedad se garantiza el éxito en la intervención. De hecho, se considera que es la falta de atención a los problemas primarios lo que explica la posible reaparición de "síntomas" o que las técnicas de intervención no lo resuelvan después de un tiempo razonable.
- 5.Las conductas objeto de intervención pueden ser abiertas y observables o encubiertas (como cogniciones, pensamientos, imágenes, sentimientos, etc.). La modificación de conducta tiene por objeto tanto las unas como las otras y no cree que ambos tipos de conducta obedezcan a principios de aprendizaje diferentes (que sean de "otra naturaleza"), ni que las encubiertas tengan un estatus causal mayor o especial, aunque su análisis, sus derivaciones y los elementos que entran en juego puedan hacerlas más

complejas o más amplias, al ser características exclusivamente de los seres humanos. Por otro lado, se considera que si alguien explica su comportamiento aduciendo que lo hace "porque quiere", "porque le gusta" o, al contrario, "porque tiene miedo o no puede evitarlo", estas justificaciones basadas en los deseos o pensamientos resultan siempre incompletas hasta que no incluyan la historia de reforzamiento que explicita el origen de esos pensamientos y sentimientos. Aunque la manipulación del medio se hace a través de estímulos patentes o manifiestos y las respuestas que se trata de cambiar pueden ser internas, se valora siempre el correlato observable que puedan poseer estas últimas.

6. Para alcanzar el objetivo de desarrollar conductas adaptativas, la modificación de conducta emplea la manipulación o control de variables del entorno. Esa manipulación o control la puede realizar el propio sujeto implicado directamente (a través de las denominadas técnicas de autocontrol o autoinstrucciones) o ayudándose de amigos, familiares, colaboradores, co-terapeutas, personal de una institución, etc.
7. Durante el proceso de evaluación e intervención, la verificación empírica de las hipótesis y de los resultados se estima imprescindible. Evaluación e intervención están íntimamente ligadas en modificación de conducta y la segunda se deriva directamente de la primera. Esto explica la necesidad de emplear registros de conducta lo más fieles posibles, la formulación de hipótesis funcionales que tratarán de verificarse o falsarse, y los seguimientos que se llevan a cabo tras la intervención.
8. La aproximación característica de la modificación de conducta es la individualizada (o ideográfica). Aunque existen técnicas de contrastada eficacia para el tratamiento de determinados problemas y modelos generales que explican el origen o el mantenimiento de las conductas problema, la adaptación al caso (o al grupo de sujetos-caso) resulta siempre necesaria. Para cada caso deben analizarse las variables contextuales que explican el mantenimiento del problema y es en virtud de ese análisis como se implementan las técnicas. Y esto porque, en la vida real, los problemas abordados por el modificador de conducta suelen ser

complejos, ramificados y combinados entre sí. Por eso mismo, casi nunca se pueden abordar exclusivamente con una sola técnica.

1.4. Campos de aplicación

La modificación de conducta ha sido objeto de diversas críticas, en general derivadas de un desconocimiento de su auténtico enfoque, método y propósito. Frecuentemente se la ha tachado de robótica, deshumanizada, simplista y manipuladora. Naturalmente, como toda tecnología, puede emplearse con fines perversos, aunque tal idea provenga más de ficciones cinematográficas que de hechos reales. Lo cierto es que cada día, gracias a la modificación de conducta, mejora la calidad de vida y la libertad de miles de personas en todo el mundo. Lo que esclaviza y aliena son las conductas problemáticas que, afortunadamente en muchos casos, se contrarrestan merced a los procedimientos propuestos por la modificación de conducta. Más en concreto: gracias a esta, los niños autistas consiguen, en muchos casos, comunicarse eficazmente con las personas de su entorno, los discapacitados cognitivos ganan autonomía, las personas se liberan de sus fobias o de su ansiedad, muchos obsesivos dejan de llevar a cabo sus rituales, las personas deprimidas recuperan la alegría y el sentido de sus vidas, miles de personas con drogodependencias abandonan su consumo, sujetos con dolencias coronarias incorporan conductas seguras que salvaguardan su salud, enfermos de demencias mantienen hábitos adecuados y los atletas alcanzan sus objetivos deportivos.

En las líneas siguientes se presenta un breve recorrido por los campos de actuación más desarrollados de la modificación de conducta. El objetivo de este apartado es ofrecer una panorámica del trabajo del modificador de conducta para que se comprendan sus verdaderas posibilidades y se entiendan mejor sus planteamientos, propósitos y naturaleza. Por eso, no se explicarán los procedimientos de actuación en cada caso, aunque se incluirá algún ejemplo, a fin de que quede claro cómo - gracias al conocimiento y la aplicación sistemática de principios y leyes de aprendizaje (esto es, con un adecuado control de estímulos y de reforzadores) y otros elementos de la psicología experimental - puede llegar a mejorar significativamente la vida de

las personas.

1.4.1. Ámbito clínico

La modificación de conducta es uno de los métodos de intervención más desarrollados en la clínica psicológica y, sin duda, el más exitoso y verificado de los existentes en la actualidad. La mayoría de los tratamientos de elección recomendados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por otros organismos de reconocido prestigio e independencia se derivan de la modificación de conducta (terapias de conducta). Técnicas como las de exposición (gradual o masiva, en vivo o en imaginación, etc.), la desensibilización sistemática o la relajación muscular progresiva, para el caso de los problemas de ansiedad; y la jerarquización e implementación de actividades, para los cuadros depresivos, se ven como el camino más seguro para ayudar a los pacientes con estos problemas.

En la actualidad, nadie pone en duda que la modificación de conducta ha desarrollado intervenciones eficaces no solo para los trastornos de ansiedad y la depresión, sino también para problemas de pareja y trastornos sexuales, para trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia), para las adicciones, para los trastornos psicóticos (en particular para la esquizofrenia) y para multitud de trastornos o problemas clínicos y de conducta en la infancia. Naturalmente, no es que estos problemas se resuelvan siempre: falta aún investigación para garantizar la eficacia en todos los casos, y, además, la colaboración clínica entre terapeuta y paciente se vuelve imprescindible para obtener los resultados deseados. No obstante, la tecnología presente en la modificación de conducta es, en conjunto, la que mayores porcentajes de éxito reúne.

En problemas particularmente graves de la infancia y de la adolescencia para los cuales se carecía de tratamientos eficaces, se han logrado, gracias a la modificación de conducta, progresos impensables hace solo unas décadas. En concreto, con el autismo infantil y otros trastornos del espectro autista se han obtenido éxitos asombrosos. Por ejemplo, los trabajos de Ivor Lovaas con modificación de conducta en niños autistas han demostrado que es posible

incrementar las conductas sociales, eliminar la autoestimulación y desarrollar las habilidades lingüísticas. En algunos casos, se ha conseguido incluso la incorporación a la escolarización normal.

También respecto a la disfunción cognitiva - anteriormente denominada retraso mental - la modificación de conducta es el tratamiento de elección. Antes de su incorporación prácticamente no existían intervenciones, especialmente en los niveles severo y profundo, y la alternativa era la institucionalización y la dependencia ininterrumpida durante toda su vida de estas personas. Con los métodos de modificación de conducta, los discapacitados cognitivos no se vuelven más inteligentes, pero casi siempre logran llevar una vida más autónoma y normalizada. Con estas estrategias, por ejemplo, se consigue que alcancen el control de esfínteres, que se alimenten, se vistan y se laven por sí solos, que desarrollen habilidades sociales básicas para relacionarse más eficazmente, que mejoren su comunicación y que sepan cuidar mejor de sí mismos, evitando los peligros que puede suponerles desplazarse por la ciudad sin compañía.

1.4.2. Ámbito de la salud y del cuidado personal

La modificación de conducta ha desarrollado también programas muy eficaces para el cuidado de la salud. Muchas de las enfermedades con mayor mortalidad - aunque también dependan de una predisposición genética - guardan una estrecha relación con los comportamientos de los sujetos. Así, por ejemplo, existen terapias de modificación de conducta eficaces para problemas socialmente tan graves como el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol o la obesidad.

Los pacientes que han sufrido cardiopatías o que padecen dolor crónico, hipertensión, procesos tumorales, asma, bronquitis, colon irritable, diabetes, artritis reumatoide, etc. han visto mejorada notablemente su calidad de vida gracias a las intervenciones que propone la modificación de conducta. Muchas de estas enfermedades implican cambiar estilos de vida, aprender a afrontar situaciones personales o laborales de forma más adaptada o procurarse apoyos sociales. Y todos estos objetivos pueden ser cubiertos

adecuadamente atendiendo a la emisión de conductas concretas y teniendo guías de actuación adecuadas (que sirven como estímulos discriminativos o reforzadores). Esta actividad del modificador de conducta suele llevarse a cabo en entornos hospitalarios, en colaboración con los médicos, enfermeras, fisioterapeutas u otros profesionales de la salud, lo que supone la incorporación de psicólogos y educadores en ámbitos a los que antes no tenían acceso. Este hecho ha sido muy valorado por los usuarios de servicios médicos que, de acuerdo con las nuevas concepciones de salud y enfermedad, entienden que sus acciones tienen un impacto determinante en su bienestar físico.

Así mismo, se han elaborado programas convenientes para sujetos que arriesgaban su salud por posibles contagios. Por ejemplo, gracias a la modificación de conducta, colectivos que no los empleaban han comenzado a usar preservativos, el personal sanitario ha generalizado el uso de guantes o los toxicómanos han estado más dispuestos a desechar las jeringuillas tras un único uso y a no compartirlas.

La medicina conductual es una disciplina producto de la conexión entre salud, enfermedad y comportamiento. Se sirve fundamentalmente de técnicas de modificación de conducta, y emplea con frecuencia aparatos de biofeedback para mejorar la salud o incluso curar determinadas enfermedades. Gracias a su desarrollo, se han elaborado tratamientos eficaces para el estrés, las migrañas, problemas de circulación sanguínea, trastornos del sueño e incluso para mejorar la miopía.

Por otro lado, en el campo de la gerontología se han producido también incorporaciones muy útiles gracias a la modificación de conducta. Muchas personas mayores han conseguido, gracias a estas intervenciones, cambiar hábitos inadecuados y acostumbrarse a las pérdidas que acarrea la edad. De igual modo, en ocasiones, su calidad de vida ha mejorado notablemente gracias a la inclusión de actividades agradables y estimulantes en programas que se llevan a cabo dentro de las residencias geriátricas o de forma ambulatoria y con asesoramiento a familiares.

1.4.3. Ámbito educativo

Desde muy temprano, la modificación de conducta demostró grandes posibilidades en el tratamiento de problemas de aprendizaje educativo. Sus procedimientos estandarizados han facilitado la mejora de la lectura y su comprensión, la corrección de disgrafías, dislalias, disortografías, discalculias, etc. Y, al mismo tiempo, ha llevado a muchos alumnos a mejorar su rendimiento y a aprender métodos de estudio más prácticos.

Por otro lado, también ha servido para mejorar el rendimiento de los docentes, incluso en el ámbito universitario. Desde los años sesenta, Fred Keller desarrolló el Sistema de Instrucción Personalizada (SIP), un método que ha demostrado a lo largo de todo este tiempo su utilidad para mejorar el aprendizaje complejo. Varios de los sistemas educativos que se han acabado imponiendo (como últimamente el sistema Bolonia en la Unión Europea) albergan muchos de los rasgos que ya ideara Keller en su diseño original.

En bastantes ocasiones, el rendimiento escolar se ha visto perjudicado por el mal comportamiento de los alumnos. La modificación de conducta es una de las pocas terapias, si no la única, que se ha implementado con buenos resultados en el medio educativo. Las técnicas de modificación de conducta como el tiempo fuera, la economía de fichas, la extinción, el reforzamiento diferencial, la saciación, la sobrecorrección y otros sistemas de manejo de contingencias han propiciado la eliminación de los castigos físicos en la educación y el buen rendimiento de muchos chicos procedentes de entornos conflictivos y deprimidos cuyas posibilidades de aprendizaje eran muy bajas antes de la propagación de las nuevas técnicas.

1.4.4. Ámbito comunitario

En el año 2007 en el Metro de Barcelona se pegaron unos carteles, junto a las escaleras mecánicas, en que se sugería que subir andando suponía un beneficio para la salud física y mental. Solo por la presencia de este estímulo durante dos semanas el número de personas que subía a pie aumentó un 45%. Antes de su aparición, únicamente el 6% de los usuarios hacía este esfuerzo.

Pero incluso después de retirarlos, un 27% de viajeros mantuvo esa conducta las primeras semanas. Este ejemplo sirve para demostrar de qué modo métodos de modificación de conducta tan sencillos como el control estimular pueden emplearse con suma eficacia y relativamente bajo coste económico para mejorar la salud ciudadana.

Lo anterior es únicamente una muestra un tanto anecdótica; en realidad, se ha contrastado la eficacia de muchos otros programas comunitarios de modificación de conducta para incrementar la seguridad vial, el reciclaje de basuras o el ahorro de energía y de agua. Y se ha demostrado así que esta tecnología sirve tanto para el ámbito individual como para el colectivo.

Otros programas se han orientado hacia la seguridad laboral en todo tipo de empresas, sobre todo en aquellas con mayores peligros para los trabajadores, pues no empleaban con la necesaria constancia los elementos que preservaban su seguridad (cascos, guantes, arneses, etc.) o no seguían los protocolos con la suficiente regularidad.

Algo tan conveniente para la sociedad como la integración de los colectivos inmigrantes también ha sido eficazmente abordada por la modificación de conducta. Los programas desarrollados han propiciado en múltiples ocasiones sensibilizar sobre su situación y lograr una mejor acogida por parte de los ciudadanos.

1.4.5. Ámbito empresarial

La Psicología (en particular, la social y ambiental) lleva presente en el mundo empresarial casi desde sus inicios; sin embargo, la incorporación de técnicas de modificación de conducta es bastante reciente. No obstante, pese a su breve recorrido histórico, gracias a estas intervenciones, se sabe ya objetivamente cómo mejorar la comunicación entre jefes y subordinados y cómo aquellos pueden adquirir formas de liderazgo más productivas y mejores para su salud.

También han manifestado su utilidad las técnicas empleadas con los

trabajadores para incrementar el rendimiento, el orden, la implicación en el trabajo y la satisfacción con el entorno laboral, además de evitarse en buena medida los retrasos y el absentismo. Sin duda alguna, tras las experiencias con las que ya se cuenta, es notorio que la incorporación de estos métodos de forma masiva conducirá a que la gente esté más satisfecha con su trabajo y se incrementen los beneficios de las empresas.

1.4.6. Ámbito del rendimiento deportivo

Hace no muchos años no se veía qué podían hacer los psicólogos en el campo deportivo; sin embargo, hoy en día está asumido que los éxitos de muchos equipos y atletas puede tener que ver con una labor de la modificación de conducta. Si un entrenador desea que los componentes de un equipo de baloncesto se animen más entre ellos durante el partido, o que en los entrenamientos los nadadores no se detengan tras cada largo, hará muy bien en utilizar sistemas de fichas o puntos. En estos dos casos existen investigaciones que han demostrado cómo con estas técnicas se consiguen efectos muy positivos que luego redundan en un mayor logro deportivo, el aumento de la motivación y el control de la ansiedad, y la preparación o mentalización para la ejecución de alto rendimiento.

No obstante, no es solo entre los atletas más destacados: cualquier persona puede mejorar su rendimiento cuando sigue un programa estructurado para aprender a jugar al golf, al tenis, a esquiar o a progresar en su resistencia o tiempos al correr. Por ejemplo, se ha demostrado que cuando dos grupos de jugadores de golf noveles siguen entrenamientos distintos, uno con técnicas de modificación de conducta (en concreto, con la técnica del encadenamiento hacia atrás) y otro con aprendizaje tradicional, el primero de ellos obtiene significativamente mejores resultados en el campo de juego tras ocho lecciones de formación. De hecho, derrotó al grupo de entrenamiento tradicional por una media de diecisiete golpes de ventaja tras jugar un recorrido completo en un campo de dieciocho hoyos.

1.4.7. Ámbito de la vida cotidiana

Todo el mundo tiene conductas que desearía cambiar: hacer más ejercicio, fumar menos, acabar antes las tareas y obligaciones, levantarse de la cama cuando ha decidido, tener más amigos, ser más asertivo, librarse de determinadas manías, tomar decisiones de forma más rápida o, al contrario, de manera menos impulsiva, cumplir con sus promesas, etc. Para todos estos casos es útil recurrir a las técnicas de autocontrol que se han desarrollado dentro de la modificación de conducta. En general, el fracaso personal a la hora de cambiar esas conductas o ser más sistemático parte del desconocimiento de los principios que deben regir estos procesos de cambio, por lo que su aprendizaje es un medio excelente para conseguir una vida mejor.

Cualquier padre desea que sus hijos se desarrollen sanos y felices, quiere que lleguen a controlar sus esfínteres, a recoger sus juguetes, a acostarse pronto y contentos, a ayudar en casa, etc. También desea que hagan los deberes y que cumplan las normas, y quiere evitar conductas agresivas, peleas y discusiones entre hermanos. En todas estas situaciones la modificación de conducta ha aportado a los progenitores los mejores métodos de intervención. Y, en general, sin necesidad de que los niños tengan que acudir a la consulta. Con indicaciones sistemáticas a los padres es perfectamente posible mejorar el clima de bienestar y felicidad en la casa, lo que permite no solo tranquilizar y satisfacer a los padres sino, sobre todo, facilitar que los hijos sean más dichosos, disfruten más de sus relaciones familiares y, fundamentalmente, logren cada vez mayores niveles de libertad y autonomía para estar menos sojuzgados por sus caprichos e impulsos. Todo ello, posteriormente en su vida adulta, facilitará su buen ajuste social y el gozar de una vida más satisfactoria en todos los ámbitos.

2

Evaluación conductual

La evaluación conductual se diferencia notablemente del diagnóstico psicológicopsiquiátrico tradicional. Como se adelantó en el capítulo 1, establecer un diagnóstico - en el sentido de asignar una categoría del DSM o de la CIE - no es la meta de la evaluación conductual, pues ese etiquetaje no orienta respecto a la intervención conductual. Por esta razón prefiere hablarse de evaluación conductual o análisis aplicado del comportamiento. El objetivo fundamental de la evaluación conductual consiste en esclarecer, por un lado, cuáles son las conductas inadaptadas y cómo se manifiestan (intensidad, duración, variabilidad, frecuencia, etc.), y, por otro, cuáles son las variables contextuales presentes que las perpetúan. Además, sirve para valorar los resultados del tratamiento.

2.1. Conceptos básicos de la evaluación conductual

Aunque en ocasiones puedan emplearse diagnósticos psiquiátricos tradicionales, en la evaluación conductual sigue considerándose imprescindible ofrecer una información específica de las conductas inadaptadas que presenta el sujeto (o grupo de sujetos) al que se aplicará la modificación de conducta; e, igualmente, hipotetizar una relación causal entre los estímulos discriminativos o condicionados y los reforzadores que mantienen las respuestas. Las conductas inadaptadas que presenta el sujeto antes de la intervención se denominan técnicamente conductas problemáticas o conductas problema. Y los comportamientos que se procuran alcanzar tras el tratamiento se califican como conductas objetivo.

La evaluación conductual es un proceso continuo, que se extiende durante toda la intervención, pues - estrictamente hablando - la recogida de datos no finaliza en un momento dado, como en el diagnóstico tradicional. Es cierto

que, para valorar la eficacia, se habla de varias fases en la intervención (fase de línea base, fase de tratamiento, fase de seguimiento), pero el registro de datos sobre la conducta problema no se interrumpe (de hecho, es lo que permite diferenciar los posibles cambios entre fases). En ocasiones, también las hipótesis explicativas se modifican en virtud de la nueva información recogida. Dado que no hay por qué acabar asignando una categoría de los manuales diagnósticos, la evaluación no finaliza en realidad en ningún momento. Por otro lado, es el mismo modificador de conducta quien lleva a cabo todo el proceso de evaluación-intervención, lo que subraya la indivisible vinculación que existe entre ambos aspectos cuando se trabaja desde este enfoque.

2.2. Características de la evaluación conductual

De forma más específica, se mencionan ahora algunos puntos esenciales que sirven para delimitar adecuadamente la evaluación conductual. Su repaso ayudará también a diferenciar con más nitidez el trabajo de evaluación que efectúan los modificadores de conducta y diferenciarlo del que llevan a cabo otros profesionales de la psicología o de la psiquiatría.

1.La evaluación conductual es específica. Se centra siempre en conductas particulares (una o, más frecuentemente, un conjunto de ellas). Es decir, que el foco de atención se dirige hacia un aspecto de todo el abanico de acciones del sujeto (o grupo de sujetos). Esto implica que no establece valoraciones generales sobre la personalidad del evaluado o sobre otros aspectos de su vida. Pero, complementariamente, el análisis debe ser lo bastante amplio para abarcar todo el conjunto de variables necesarias para que garantice una acabada comprensión de la conducta problemática.

2.Las conductas problema deben registrarse de forma tan minuciosa como sea posible. La insistencia de la modificación de conducta para que se efectúen estos registros estriba en que con ellos se posibilita adoptar decisiones en función de datos objetivos y no a partir de impresiones personales o subjetivas.

3. La evaluación conductual incluye siempre unas metas de intervención. Por tanto, no concreta únicamente cuáles son las conductas problema que deben modificarse, sino también cuáles son las conductas objetivo que suponen el éxito de la intervención. También en estas últimas procura ser específico, describiendo con la máxima claridad cuál debe ser, al cabo, el comportamiento del sujeto en situaciones o contextos determinados.
4. El estudio de caso único (sujeto único o intra-sujeto) es el característico de la evaluación conductual, frente a los estudios con grupo control o inter-sujetos, habituales en otras áreas de la Psicología. Esta preferencia se debe a que el enfoque de caso único (ideográfico) está más dirigido a la ayuda a un sujeto con un problema conductual, mientras que, comúnmente, los estudios con grupos control tienen una pretensión investigadora (al menos, de forma general). Debido a ello, existen notables diferencias entre la forma de recoger los datos, la repetición de medidas, el tipo de análisis y diseños empleados, la selección de sujetos, etc., con otros enfoques de la Psicología.
5. Las conductas problema se especifican por distintos parámetros que se usan corrientemente en la evaluación conductual. En concreto, durante el registro de las conductas problemáticas, se procura dejar claro su variabilidad, su intensidad, su frecuencia o tasa, su duración, su latencia o su calidad. Este tipo de evaluación de las conductas problema se denomina análisis topográfico.
6. La parte probablemente más importante de la evaluación conductual consiste en establecer qué variables contextuales, presentes en la actualidad, mantienen las conductas problema. Esta modalidad de la evaluación se conoce como análisis funcional de la conducta. Si el análisis topográfico es, en principio, un proceso objetivo (una vez garantizada la fidelidad del registro), el análisis funcional es siempre hipotético (aunque debe reunir las mayores garantías posibles).
7. La elección de las técnicas que se emplean en modificación de conducta deriva directamente de la evaluación funcional. Determinados

procedimientos son especialmente pertinentes para ciertos problemas: por ejemplo, las fobias se han tratado eficazmente con desensibilización sistemática o exposición en vivo; la ansiedad generalizada se beneficia de las técnicas de relajación muscular; los cuadros obsesivos-compulsivos responden casi siempre adecuadamente a las técnicas de la exposición con prevención de respuesta; las disfunciones sexuales suelen desaparecer tras una correcta intervención con desensibilización en vivo; el insomnio mejora notablemente con la técnica de reducción de horas de cama; etc. Pero, en rigor, no es la identificación del problema lo que guía la selección de estas técnicas, sino las relaciones funcionales que se establecen entre estímulos, respuestas y los procesos de reforzamiento que las mantienen. Como el objetivo es deshacer esas relaciones cuando conducen a comportamientos inadaptados, se escogerán los procedimientos con más posibilidades de procurar el resultado deseado con independencia de cuáles sean, aunque naturalmente siempre que tengan las debidas garantías científicas.

8. Otro de los puntos capitales de la evaluación conductual estriba en la evaluación objetiva de los resultados. Las intervenciones se consideran eficaces cuando los procedimientos implementados revelan que se han producido los cambios esperados en las conductas problemáticas y el sujeto exhibe ya las conductas objetivo. Además, estos cambios deben mantenerse en el tiempo, incluso por periodos de tiempos extensos (varios años).
9. El método fundamental para la recogida de datos que posibilita la evaluación conductual es la observación. Por tanto, los tests, los cuestionarios o las escalas que se empleen tienen cabida solo cuando sus ítems incluyan o hagan referencia a comportamientos específicos. Por lo mismo, se prescinde de aquellas pruebas (muy en particular de las proyectivas) que conciben la evaluación como un proceso de asignación de categorías o rasgos subyacentes de la personalidad, así como de atribuciones de trastornos (clínicos, de la personalidad o de cualquier otro tipo) o cocientes intelectuales. Si la observación directa por parte del

evaluador de conducta no es posible (por ejemplo, porque la conducta problema sucede únicamente en la intimidad, en un plano cognitivo, con determinadas personas que no es posible reunir o en lugares públicos pero a los que no se tiene acceso, o también porque es muy infrecuente o breve), se recurre a la autoobservación o a la observación de otras personas (normalmente, familiares o amigos). Idealmente todas las observaciones de la conducta deben recogerse de forma sistemática en registros.

2.3. Registro conductual y fases de la intervención conductual

En modificación de conducta los registros se consideran imprescindibles cuando menos por dos razones: primero, porque son el medio para establecer tanto el análisis topográfico como el funcional; y, segundo, porque permiten valorar el nivel del cambio de la conducta problemática tras la implementación de las técnicas (y, por tanto, el éxito o fracaso de la intervención). Únicamente con criterios objetivos de cambio (por ejemplo, número de veces a la semana que un niño de seis años moja la cama por la noche tras un tratamiento para la enuresis) queda garantizada la utilidad de la intervención.

El registro debe ser lo más completo y continuado posible; no obstante, la naturaleza de la conducta que tratar determina el establecimiento de las unidades de medida y el tipo o modalidad de registro más conveniente. En cualquier caso, un programa de modificación de conducta constará siempre al menos de cuatro fases: 1) fase inicial de recogida de información; 2) fase de línea base; 3) fase de intervención o tratamiento; y 4) fase de seguimiento.

2.3.1. Fase inicial de recogida de información

Para poder llegar a delimitar cuáles son las conductas problema objeto de la intervención hace falta recoger primero una información más general que conduzca a su identificación y ofrezca unas primeras pistas sobre su naturaleza u origen. Por tanto, esta primera fase es una preparación a la evaluación conductual propiamente dicha.

En esta etapa el tipo de información recogida se diferencia poco de la evaluación obtenida desde enfoques no conductuales. Algunos de los datos más característicos de este momento pueden ser detalles demográficos y biográficos, información histórica sobre problemas de salud y antecedentes familiares sobre esos problemas, pruebas psicológicas aplicadas, posibles diagnósticos previos, detalles sobre otros tratamientos seguidos y su eficacia, etc.

Como en esta fase se producen los primeros contactos con el sujeto que tiene el problema, naturalmente se atenderán en la medida de lo posible los aspectos que pueden facilitar una relación de confianza y colaboración. El modificador de conducta ha de mostrar la autenticidad, la empatía, la aceptación, la capacidad de escucha y la comprensión que exige una relación de ayuda. Será un interlocutor humano, garantizará el secreto profesional, se mostrará dispuesto a brindar apoyo en situaciones difíciles o críticas y a comunicarse con los familiares o amigos que puedan suponer una ayuda para el problema del sujeto.

Además, al avanzar a lo largo de esta fase, se procurará esclarecer cuáles de las manifestaciones inadaptadas actuales deben ser abordadas de forma más urgente y cuáles pueden resultar más sensibles al tratamiento conductual y beneficiarse de este en mayor medida. Igualmente, se tratará de evaluar si los problemas identificados sugieren la derivación a tratamientos médicos, apoyo legal (por ejemplo, si se revelan abusos sexuales, maltrato doméstico, violación de derechos, etc.), internamiento preventivo o información a familiares (por ejemplo, por un elevado riesgo de suicidio), contacto con otras instituciones (por ejemplo, centros especializados, asociaciones de afectados por esos problemas), etc. La fase finaliza cuando, gracias a la exploración, se ha logrado identificar unas conductas problemáticas concretas que serán el objeto de la siguiente fase de evaluación.

2.3.2. Fase de línea base

La siguiente fase de la evaluación conductual se denomina fase de línea base (o fase de "no intervención" o, también, fase A). En este momento, el

evaluador tiene ya claras cuáles son las conductas problema y comienza el registro sistemático de ellas por medio de observaciones directas (que lleva a cabo él mismo o que delega en otras personas, como familiares o amigos) o autoobservaciones (si es el propio sujeto quien efectúa su observación y registro). Se trata de recoger el nivel inicial de las conductas que suponen un problema, lo que permitirá, posteriormente, contrastar su evolución, una vez implementadas las técnicas de intervención.

De cara a facilitar estas observaciones y su traslado a un registro, el evaluador de conducta deberá indicar al sujeto (o a sus familiares) qué conducta problema es la pertinente y cuáles son los formatos de recogida de datos más convenientes. Tendrá que decidir cuáles son las unidades de tiempo idóneas (v. gr., minutos, horas, días, meses, etc.) y qué información se recoge de acuerdo con la naturaleza de la conducta (número total de conductas, tasa por tiempo, intensidad, duración, latencia, etc.). Así, por ejemplo, para una conducta de un niño de seis años como levantarse excesivamente en clase, una observación y registro conveniente probablemente será sobre el número de veces que se levanta al cabo de una hora. En cambio, si el problema radica en el llanto cuando dejan a un niño de cuatro años en la guardería, el registro podría consistir en la duración de ese llanto durante las siguientes dos horas. Otros ejemplos pueden incluir la cantidad de cigarrillos consumidos, el total de calorías ingeridas, el tiempo invertido en vestirse y calzarse, la latencia entre la orden paterna de dejar el videojuego y el momento en que el niño apaga la consola, la variedad de actividades que se hacen en el comedor escolar en vez de comer (levantarse, tirar el pan al suelo, gritar, jugar con la comida, hablar a los compañeros, etc.), la fuerza (esto es, intensidad) con que se lanza una pelota de tenis a lo largo de un entrenamiento de un mes, etc.

Para facilitar su apreciación y poder efectuar posteriormente la valoración del cambio de estas conductas tras las fases de intervención y seguimiento, estas observaciones deben trasladarse a un gráfico en forma de eje de coordenadas en que, habitualmente, sobre la abscisa se dispondrá la unidad de tiempo y sobre la ordenada el número, la intensidad, la latencia, la

duración o la tasa de la conducta problema. En la figura 2.1 puede observarse un ejemplo de este tipo de gráfico, en el que se registró la conducta número de cigarrillos consumidos por día (durante dos semanas).

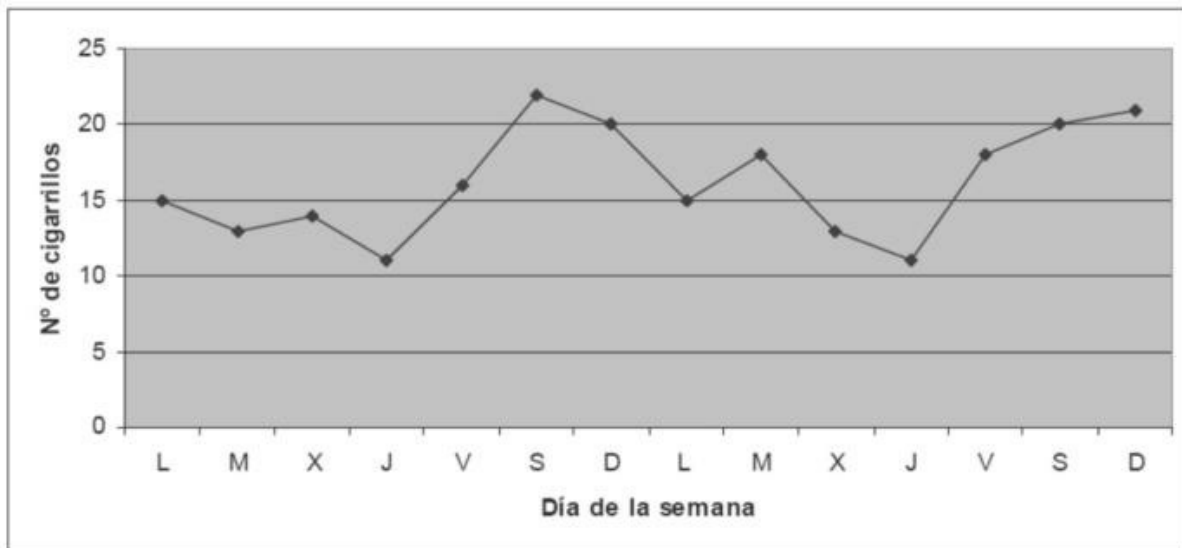


Figura 2.1. Ejemplo de gráfico de observaciones de la conducta número de cigarrillos consumidos durante dos semanas (la unidad de tiempo son días).

La línea base debe prolongarse hasta que se cuente con una muestra representativa de la conducta problema. Además, es necesario que antes de pasar a la siguiente fase se haya logrado al menos una relativa estabilidad en esa línea base, pues de lo contrario resultará imposible comparar si la intervención ha modificado realmente un patrón reconocible y fijo de comportamiento. Igualmente, es desaconsejable pasar al momento de la intervención cuando el registro de la línea base revela tendencias o pendientes (por ejemplo, cuando la conducta problema está descendiendo por sí sola). De este modo, si en la figura 2.1, que refleja el consumo de cigarrillos, se hubiera observado una disminución clara entre la primera y la segunda semana no resultaría apropiado comenzar un tratamiento, pues no existiría un adecuado criterio para valorar la eficacia de la intervención. Es aconsejable en estos casos seguir esperando el tiempo suficiente para que se produzca la deseada estabilidad. No obstante, es cierto que si la gravedad o urgencia del caso invitan a una intervención rápida habrá que prescindir de

esa recogida, aun con el riesgo de no poder luego conocer a ciencia cierta si fue realmente la intervención la responsable de los cambios.

Conviene mencionar para finalizar que, en ocasiones, la observación y el registro de conductas pueden afectar a la frecuencia o intensidad de estas. Muchas personas disminuyen directamente sus comportamientos problemáticos (por ejemplo, número de cigarrillos fumados) solo por llevar un registro sistemático de su consumo, lo cual, en cualquier caso, representa un beneficio para su salud. Por otro lado, cuando se plasma en gráficas bien visibles los avances o mejoras de una conducta problema, su contemplación suele motivar al sujeto a continuar con la misma estrategia.

2.3.3. Fase de intervención

La fase de intervención (o fase de tratamiento) se inicia cuando, tras la recogida de una línea base que sirve para contrastar los cambios futuros en la conducta problema, se introduce un tratamiento destinado a modificarla. Este tratamiento o intervención puede consistir en cualquiera de las técnicas de modificación de conducta, desde las más elementales (por ejemplo, aplicar un reforzamiento positivo consistente en elogiar al sujeto cada día que pase sin fumar) hasta las más complejas (por ejemplo, combinar las técnicas de disminución progresiva de la nicotina, fumar rápido, contrato conductual, técnicas cognitivas de distracción, técnicas de comparación de las ganancias y pérdidas por el hecho de fumar, etc.). Estas técnicas pueden incorporarse de forma progresiva o simultánea y, en rigor, cada una de ellas es un tratamiento, por lo que es corriente que en modificación de conducta se hable de tratamientos multicomponente. En ocasiones, los tratamientos se incorporan no en virtud de un programa prefijado, sino a partir de los resultados que los primeros tratamientos tienen sobre la conducta problema. Por esta razón el registro continuo (o, al menos, a intervalos muy seguidos y regulares) sigue siendo una exigencia durante esta etapa.

De cara al registro gráfico, cada tratamiento o intervención debe identificarse con una letra; por eso, "B" supone la incorporación de la primera técnica, "C" otra distinta, y así sucesivamente. Debido a esta convención, en

ocasiones se habla de fase B para referirse a la fase en la que ya está incorporado un tratamiento, mientras que en la fase A (o de línea base) no se había incorporado aún ninguno. En la figura 2.2 se recogen las fases A (línea base) y B (tratamiento 1) en el caso del sujeto anterior, que inició un programa para dejar de fumar que se prolongó durante tres semanas. En la línea base (fase A) se replican los mismos valores que en la figura 2.1.

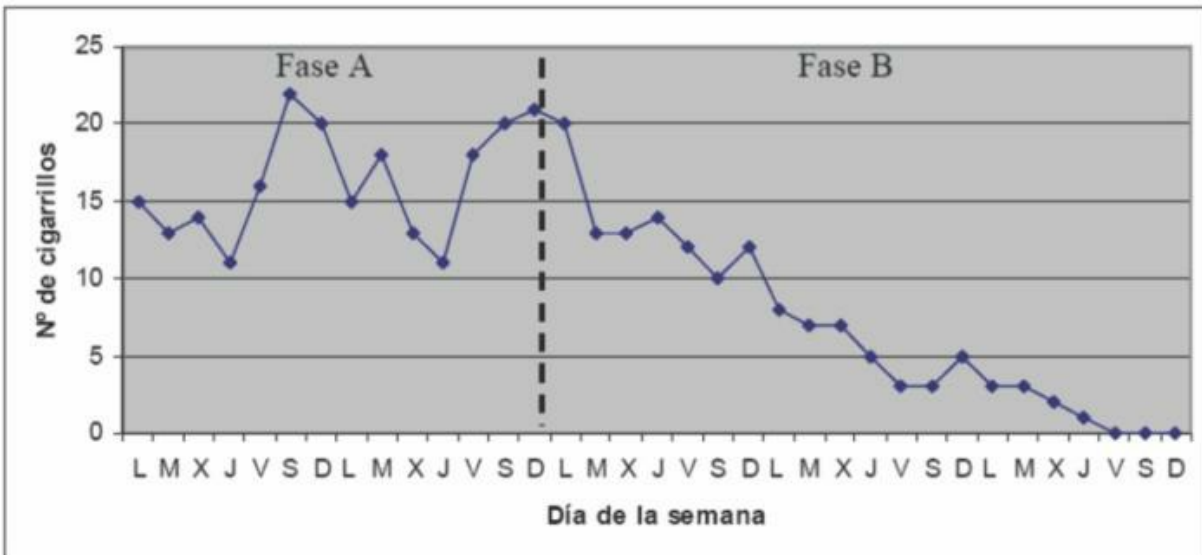


Figura 2.2. Fase de línea base (A) y fase de intervención (B) en la conducta número de cigarrillos consumidos (la unidad de tiempo son días).

Gracias a este tipo de gráficos es posible valorar la eficacia de la intervención, en especial cuando los cambios tras el inicio de la fase de intervención reúnen unas determinadas características. Hay algunos procedimientos de cálculo, muchas veces incorporados a los programas informáticos de análisis de datos más difundidos (como el SPSS), que permiten determinar si estos cambios entre fases son estadísticamente significativos; no obstante, este tipo de análisis matemáticos son poco comunes en la modificación de conducta cotidiana y lo más habitual es recurrir al análisis visual, en parte por las garantías que ofrece este método y en parte porque no siempre es fácil reunir en la práctica real los requisitos exigidos por el cálculo matemático (p. ej., un alto número de observaciones repetidas).

Aunque un cambio perceptivamente claro entre la fase A y la fase B - como se ha reflejado en la figura 2.2 - invita a creer que es la intervención llevada a cabo la responsable de esos descensos y, por tanto, la causa del éxito de la terapia, no puede olvidarse que el concurso de otros factores simultáneos e inadvertidos pueda ser el auténtico agente del cambio (por ejemplo, el sujeto se motivó para dejar de fumar no por los reforzadores que empleó el modificador de conducta sino por una noticia que vio pocos días antes en la televisión en que se abordó los beneficios de dejar el tabaco o porque otra persona de su entorno había recibido un diagnóstico de cáncer pulmonar). Por esta razón, los diseños "AB" nunca garantizan que los cambios o las mejoras procedan realmente de la técnica empleada. Para solucionar este problema, se recurre a otros diseños, como, por ejemplo, los de inversión-replicación o diseños "ABAB" (aquellos en que tras una secuencia AB se vuelve a una fase sin tratamiento y luego, de nuevo, a una de tratamiento) o los diseños de línea base múltiple (aquellos en que distintas conductas son abordadas en momentos temporales sucesivos, pero no simultáneos). Los diseños ABAB son más comunes en el caso de sujetos individuales en que es posible implementar una técnica, a continuación retirarla y, por último, volver a incorporarla. Los diseños de línea base múltiple pueden emplearse con un sujeto (cuando se abordan sucesivamente varias conductas problema, sirviendo las aún no tratadas como líneas base para aquellas en las que ya se ha intervenido; o cuando hay una única conducta problema pero que se da en distintas situaciones) o con varios sujetos que presentan la misma conducta problema (en este caso, se trata a cada uno de forma sucesiva y las líneas base de los sujetos aún no tratados sirven de comparación para los que ya están en tratamiento). En las figuras 2.3 y 2.4 se muestran gráficamente un diseño ABAB y uno de línea base múltiple cuando los tratamientos son eficaces. Naturalmente, aunque ambos tipos de diseños garantizan el éxito de la intervención, no siempre resulta posible ni aconsejable llevarlos a cabo, bien por la naturaleza de la conducta, bien por problemas éticos.

Además del empleo de estos diseños u otros (por ejemplo, los de criterio variable o los de tratamientos alterno), si se quiere confiar en la intervención

como fuente verdadera de los cambios deben tenerse en cuenta otros datos. Para empezar, en un diseño ABAB, cuantas más veces se observe el efecto esperado tras nuevas vueltas a la línea base y al tratamiento, más seguridad en el efecto de la intervención. También es un criterio valioso el comprobar que el efecto de la intervención resulta muy notable (el cambio desde la línea base es grande). Igualmente, conviene que el cambio al iniciar la fase B sea rápido, pero no instantáneo, pues lo esperable es que los cambios se produzcan de forma progresiva. Si el cambio se produce de modo brusco, más que a la técnica implementada debe achacarse a la nueva situación (de evaluar e incorporar un tratamiento) la responsabilidad de la mejora, pero no a la técnica misma. Por eso, cuando la situación ya no es novedosa, con frecuencia se retoman los niveles de la línea base. Los cambios estables - sobre todo, en aquellas conductas bien arraigadas - se producen poco a poco. Siempre es posible, no obstante, comprobar esa estabilidad si las observaciones y su registro se mantienen durante periodos extensos de tiempo.

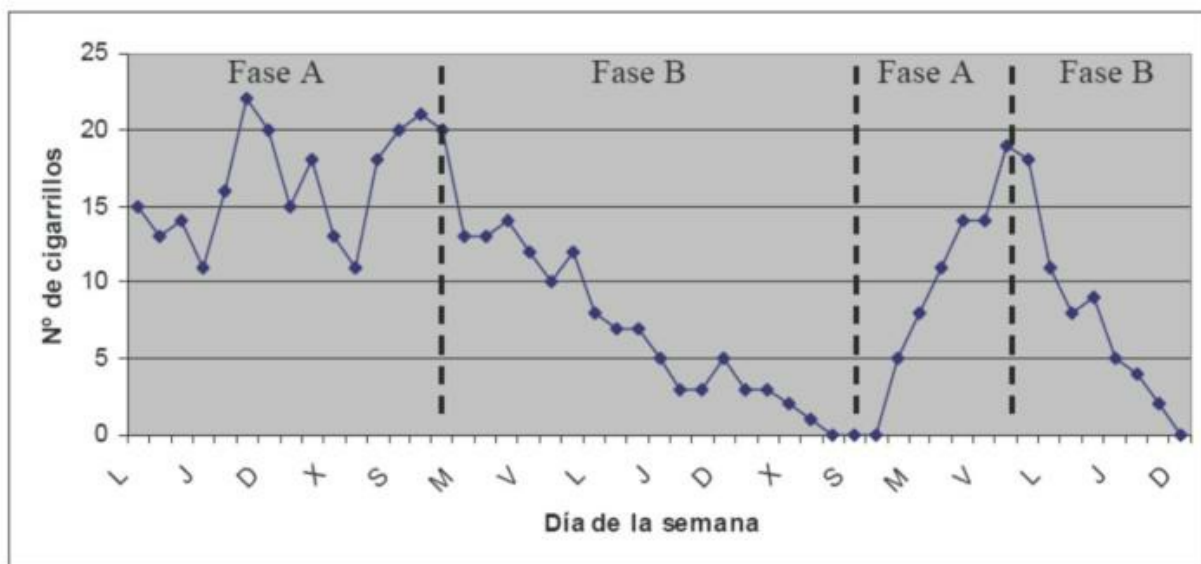


Figura 2.3. Gráfico de un tratamiento eficaz con un diseño ABAB en un sujeto con la conducta problema de fumar. (Obsérvese que las fases no tienen por qué tener siempre la misma duración temporal).

2.3.4. Fase de seguimiento

La última fase de un programa de modificación de conducta consiste en la retirada (normalmente progresiva) de las técnicas empleadas en la fase de intervención. Este proceso se lleva a cabo cuando ya se ha sustituido el reforzador artificial por el natural (por ejemplo, ya no se elogia al sujeto cada día que pasa sin fumar pues disfruta de los beneficios de una vida libre de nicotina), cuando las nuevas habilidades o hábitos forman parte habitual del comportamiento del sujeto y cuando resulta evidente el aumento del autocontrol que ha alcanzado.

No obstante, durante esta fase debe mantenerse la atención sobre la conducta problema y deben seguir llevándose a cabo los registros. Si la conducta problema vuelve a aumentar, la detección rápida es fundamental para prevenir un incremento continuado hasta los niveles de la línea base, lo que equivaldría a una recaída. En consecuencia, importa que la fase de seguimiento se prolongue durante bastante tiempo (piénsese en lo habituales que son las recaídas en el consumo de tabaco tras varios meses o varios años de abstinencia). La extensión del seguimiento depende de la naturaleza de la conducta, pero, en cualquier caso, al menos debe prolongarse durante varios meses.

Otro de los elementos que debe tenerse en cuenta durante la fase de seguimiento consiste en la observación de procesos de generalización. Esto es, la aplicación de las habilidades adquiridas no únicamente a la conducta problema realmente tratada sino también a otras distintas o a situaciones más o menos semejantes en otros contextos; este proceso supone otro aval para confirmar que la intervención ha resultado un éxito. Además, de ese modo se garantiza la continuidad de la mejoría y la menor probabilidad de recaídas futuras. Por ejemplo, si el sujeto que dejó de fumar con el procedimiento del registro y del elogio continuado comienza a aplicar con eficacia el mismo procedimiento a su conducta problema de abuso del café, es más probable que su tabaquismo se mantenga mejor controlado.

2.4. Análisis de la conducta

Como se ha podido comprobar, la elaboración de registros de las

observaciones es el medio del que se sirve el modificador de conducta para valorar la eficacia de su intervención. No obstante, también sirve para reunir la información que permite efectuar un análisis de la conducta problema. En realidad, el proceso de evaluación conductual se encamina tanto a contar con datos de contraste como a la elaboración del análisis de la conducta problema, y, a partir de estos, se seleccionarán los procedimientos de modificación que permitirán la consecución de las conductas objetivo.

En modificación de conducta se diferencia entre dos tipos de análisis: el topográfico y el funcional. Mientras que el primero alude a los aspectos observables y que luego pueden reflejarse en los gráficos, el funcional se dirige a establecer la relación funcional entre los estímulos antecedentes, las respuestas y los consecuentes.

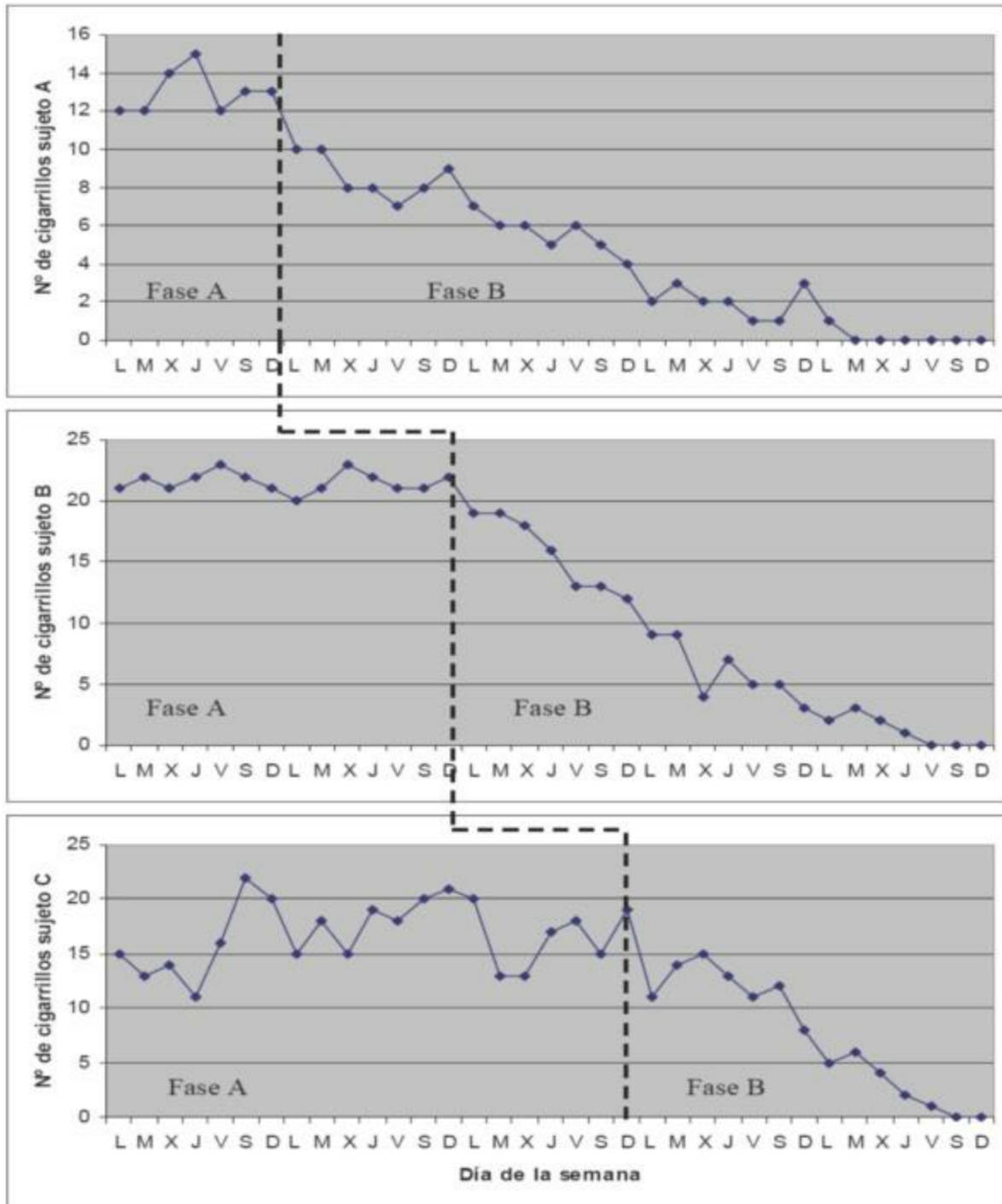


Figura 2.4. Gráfico de un tratamiento eficaz con un diseño de línea base múltiple para la conducta problema de fumar de tres sujetos. En cada caso el número de cigarrillos y la estabilidad de la línea base eran diferentes.

2.4.1. Análisis topográfico

La topografía de una conducta es su forma o aspecto. Y el análisis topográfico consiste en describir - lo más concretamente posible - los movimientos específicos que forman parte de ella. Por ejemplo, un análisis topográfico de la conducta de vestirse de un niño de seis años incluiría la descripción de los movimientos necesarios para subirse los calzoncillos hasta arriba, meter los brazos por las mangas de la camisa y abrocharse los botones, meter las piernas por las perneras del pantalón, subirse la cremallera y abrocharse el botón, ponerse correctamente los calcetines y calzarse. En una conducta de este tipo también es importante delimitar el tiempo que le lleva ponerse cada una de las prendas y el total que tarda el niño en estar finalmente preparado. Este tipo de descripciones importa no solo para casos sencillos como el descrito, útil, por ejemplo, en la enseñanza de niños con retrasos madurativos, sino también en comportamientos más complejos, como en el caso de una gimnasta de rítmica, un jugador de golf profesional, etc.

El análisis topográfico se realiza de forma más eficaz si el observador sabe con precisión cuáles son los detalles de los movimientos que debe observar y también si ha definido previamente, de acuerdo con unos parámetros, cuándo la ejecución es la correcta o esperada. Así, por ejemplo, es mucho más probable que exista un consenso entre dos observadores que registran la conducta de levantarse en clase de un chico de siete años cuando, previamente, han determinado la distancia que debe haber entre el cuerpo y la silla para que pueda afirmarse sin duda que el chico se ha levantado. En general, usar hojas de registros sencillas y precisas es muy útil; igualmente, servirse de dibujos ilustrativos puede favorecer la precisión de esos registros.

No debe dejar de apuntarse que hoy en día, gracias a la versatilidad y posibilidades de aparatos cotidianos como los smartphones (teléfonos inteligentes), tablets y otros dispositivos electrónicos, las posibilidades de llevar a cabo registros exactos y continuos se ha ampliado enormemente. Se han desarrollado ya apps (aplicaciones) concretas para la grabación y registro de conductas problemáticas en el ámbito escolar (por ejemplo, la aplicación iBBA: Behavioral Assessment App para el iPhone o la SmartEMA -

Ecological Momentary Assessment de APPSICO) que permiten componer análisis topográficos (y hasta funcionales) de forma mucho más rápida y sencilla. Es probable que este tipo de métodos sustituya en el futuro a los registros de lápiz y papel.

Los análisis topográficos resultan mucho más fiables si los datos se han recogido durante periodos extensos de tiempo y por varios observadores que coinciden entre sí. Existen varios métodos para estimar esta coincidencia y, en principio, se considera que un alto grado de consenso entre observadores supone una coincidencia de, como mínimo, un 80%. Por supuesto, los observadores independientes, entrenados y motivados y unas buenas condiciones para la observación, son condiciones importantes para que se logren estos consensos.

Dentro del análisis topográfico, se recogen varios parámetros (duración, intensidad, frecuencia, etc.) que otorgan detalle al análisis. Su elección depende del tipo o naturaleza de la conducta por registrar, y muchas veces se emplean varios de ellos de forma simultánea.

A) Frecuencia

La frecuencia (o tasa) es el número de veces que sucede la conducta en un periodo de tiempo determinado. Por ejemplo, para una empresa una frecuencia importante que registrar es el número de veces que un empleado llega tarde a lo largo de un mes.

La recogida de frecuencias resulta relevante cuando la conducta es correcta pero se da un número significativamente bajo o alto de emisión. Por ejemplo, un chico puede hacer muy bien las tareas escolares, pero traerlas pocos días; un alumno puede querer participar en un debate de clase y lo hace adecuadamente, pero levanta la mano y opina tantas veces que monopoliza la discusión. También puede (y, en ocasiones, debe) registrarse la frecuencia de conductas inadecuadas (por ejemplo, número de veces que un niño dice palabrotas, que hace un tic, que grita, etc.).

Los resultados del registro de frecuencias son fácilmente trasladables a una gráfica que ilustra la evolución de la conducta (en especial, con la ayuda de programas informáticos, incluso sencillos como el Excel), según se ha comprobado en las figuras 2.1 a 2.4 incluidas en este capítulo. En estos casos, se ha empleado una gráfica de frecuencias directas, pero, a veces, resulta preferible el empleo de gráficas acumuladas, es decir, aquellas en que se van sumando los resultados de cada una de las observaciones anteriores. Este tipo de gráficas facilita la interpretación de las puntuaciones cuando se comparan dos o más conductas o condiciones concurrentes, y cuando las diferencias entre sesiones son muy pequeñas.

B) Duración

La duración es el tiempo durante el cual se efectúa una conducta problema. Normalmente, se emplea para conductas que requieren un cierto tiempo, a diferencia de lo que podía suceder con las medidas de frecuencia, que pueden ser muy breves. Conductas cuya duración se mide en el análisis topográfico pueden ser: tiempo durante el que llora un niño cuando lo dejan en la guardería, tiempo que tarda en vestirse una persona, tiempo que emplea un niño en acabar la comida, tiempo que se dedica a chatear o navegar por internet, etc.

Con ayuda de relojes, cronómetros y teléfonos inteligentes que monitorizan las acciones no suele ser difícil estimar con precisión la duración de las conductas por registrar. Luego, resulta sencillo trasladar esos datos a gráficas en cuya abscisa se sitúe la unidad de tiempo (habitualmente, los días) y en cuya ordenada la duración relativa o acumulada de la conducta (por ejemplo, el número total de horas que se ha visto la televisión o Jugado a un videojuego). Sin embargo, debe tenerse bien definida la conducta, pues de lo contrario resultará difícil estimar exactamente cuándo empieza y cuándo termina. Esto puede estar claro cuando las conductas que hay que registrar son ver la televisión, chatear, tomar la comida, vestirse, etcétera, pero no tanto cuando se trata de medir la duración de la rabieta del niño o la atención mantenida en clase.

C) Intensidad

En otras conductas, el parámetro más importante que hay que medir es la intensidad o fuerza con que se emiten. Así, por ejemplo, la firmeza con que se agarra algo, la distancia a la que se tira un objeto, el volumen con que se habla son ejemplos en que la medida de la intensidad es el mejor modo para valorar la conducta.

En estos casos, para estimar objetivamente la intensidad hay que recurrir a medios algo más sofisticados: dinamómetros, metros, decibelímetros, etc.; sin embargo, en la evaluación de rehabilitación física tras accidentes, de niños con problemas del habla o en ejecuciones deportivas son instrumentos corrientes.

D) Latencia

La latencia se define como el tiempo que transcurre entre la aparición de un estímulo y el principio de la respuesta. La medida de la latencia resulta útil cuando la conducta que se emite es correcta, pero el tiempo hasta que comienza a producirse es excesivamente largo. Por ejemplo, el tiempo que tarda un adolescente en ir a comer cuando su padre le pide que deje de ver la televisión, el tiempo que tarda un alumno, tras sentarse a la mesa, en ponerse a estudiar, el que tarda una persona en decidir los platos que va a comer de un menú, el tiempo que se tarda en responder a una pregunta en un entorno social o el tiempo que tarda un nadador en saltar a la piscina desde que se da el pistoletazo. Para recoger la latencia se utilizan relojes y cronómetros precisos.

E) Calidad

Por último, la calidad en la ejecución de una conducta también se considera un parámetro relevante, por ejemplo, a la hora de valorar la escritura de un alumno, la ejecución de un patinador artístico, el estilo de alguien que está aprendiendo a bailar, la corrección de una interpretación musical o el informe que se tiene que entregar en una empresa.

Para evaluar la calidad debe contarse con unos modelos o ideales de ejecución, que se acomodan siempre a la edad o nivel previo del sujeto. A veces, esta evaluación se basa en la topografía de la conducta, aunque no siempre tiene por qué ser así. Por ejemplo, puede afirmarse que un chico nada correctamente a braza si sus movimientos se corresponden con los canónicos en este estilo, pero es más difícil que existan unos criterios tan exactos para juzgar la calidad de una redacción escolar o un informe financiero.

2.4.2. Análisis funcional

El análisis funcional consiste en hipotetizar la relación que establece el sujeto entre los antecedentes, las respuestas y los consecuentes de su conducta. Esta relación siempre tiene una función y el análisis funcional es el intento de descubrirla. De manera más sencilla: podría afirmarse que el análisis funcional procura determinar en qué condiciones se lleva a cabo una conducta y para qué. Por ejemplo, la conducta de llorar de un niño de cinco años puede producirse para llamar la atención, por el frío que tiene, para que le compren un juguete, para expulsar una mota de polvo metida en el ojo, para evitar que le lleven al colegio, etc. Adviértase que la topografía puede ser la misma en los cinco casos, pero identificarla no revela la función. Por otro lado, si el objetivo del niño es no ir al colegio y no lo consigue por medio del llanto, puede que recurra a tirarse al suelo, pegar a su hermanito, a sus padres o a sí mismo, correr, gritar, tardar mucho en vestirse, negarse a desayunar, etc. En otras palabras: una conducta puede tener la misma topografía y distintas funciones (llorar, en el ejemplo anterior); pero también es posible que conductas con topografías muy distintas entre sí (tirarse al suelo, llorar, gritar, pegar, vestirse despacio, no desayunar) tengan la misma función (en este caso, no ir al colegio). De forma algo más completa y técnica, puede afirmarse que el análisis funcional consiste en el establecimiento de conexiones hipotéticas entre los estímulos discriminativos o condicionados, unas respuestas determinadas (o condicionadas) y unos refuerzos positivos o negativos (a corto y largo plazo) presentes en el medio.

Determinar la función de una conducta no es siempre sencillo, por eso - a diferencia de la objetividad que puede presentar el análisis topográfico - el

funcional es siempre un análisis de carácter hipotético. No obstante, si esta hipótesis se contrasta adecuadamente de forma previa a la intervención (lo que se conoce como evaluación funcional experimental) o si los cambios en la conducta problema suceden con la manipulación establecida a partir de la hipótesis funcional, existen evidencias sólidas para considerar que ese análisis es correcto. Así, por ejemplo, si un profesor hipotetiza que un alumno grita en clase para llamar su atención y deja de atender esos gritos pero después de bastante tiempo siguen produciéndose, tendrá que deducir que su análisis funcional era incorrecto (su atención no era el reforzador de la respuesta de gritar) y que otros reforzadores mantienen esa conducta (quizás la atención o risas de los compañeros de clase); pero si su falta de atención reduce significativamente y en un tiempo no muy largo esos gritos, es más probable que la relación presumida sea correcta.

A fin de determinar la función de una conducta, el modificador debe recurrir a varios procedimientos, tanto directos como indirectos. Estos últimos consisten en deducir la relación funcional a partir de la cumplimentación de hojas, cuestionarios o por medio de una entrevista en que uno o varios sujetos expliquen los sucesos objeto de análisis. Por ejemplo, en el caso anterior, el modificador de conducta podría deducir la relación funcional por medio del relato del profesor, en particular si emplea preguntas del tipo: ¿cuándo se producen los gritos? ¿Qué pasa justo antes de que se den? ¿Qué sucede después? ¿Cómo reacciona usted? ¿Cómo reaccionan otras personas de alrededor? ¿Qué consecuencias tiene para el niño actuar así?, etc.

Aunque en muchos casos cabe esclarecer de este modo indirecto la función de una conducta, los métodos directos ofrecen mayores garantías. En este caso, el modificador de conducta (o alguien bien entrenado en quien delega) acude allí donde se produce la conducta y observa la sucesión de hechos objeto de estudio. Así, por ejemplo, en el caso anterior, el modificador de conducta asistiría a clase y registraría los gritos del alumno y su posible disminución una vez que el maestro deja de atenderlos. Esta observación se facilita por medio de registros o autorregistros (en el caso de que el propio

implicado se autoobserve).

Un registro característico para la observación directa y el establecimiento del análisis funcional se muestra en el cuadro 2.1. En este caso, se ha completado con los datos de un niño de nueve años que presenta la conducta problema de retrasarse mucho algunas mañanas. La madre se encargó de completar el registro. Si los datos de este registro continuasen durante varias semanas y siguiesen mostrando el mismo patrón, el evaluador del caso dispondría de una información muy valiosa para hipotetizar que los lunes y miércoles las conductas problema de Juan hacen que llegue tarde al colegio y se libere de la clase de gimnasia, mientras que los martes y los jueves no parece importarle llegar a la hora. Por tanto, una posibilidad es que no querer desayunar, pelearse con su hermano o retrasarse al vestirse tengan la función de evitar la clase de gimnasia. Se trata de una hipótesis, única mente, pero puede contrastarse para aceptarse o cambiarse. Otra posibilidad es que las conductas adecuadas de Juan (cuando se viste y desayuna rápido y no se pelea con su hermano) no tengan ninguna consecuencia positiva (la madre no hace nada) y, por tanto, no se refuercen. De nuevo, el modificador de conducta podría tratar de contrastar esta hipótesis incorporando ese refuerzo y observar - a través de los registros - los posibles cambios consecuentes.

Cuadro 2.1. Registro de observación directa de las conductas de Juan

<i>Día y hora</i>	<i>Lugar y situación</i>	<i>Qué hace Juan</i>	<i>Qué pasa luego</i>
- Lunes, 8:30	- En la cocina. Con su hermano Pedro.	- Se niega a desayunar. Tira los cereales al suelo. Lloro y le castiga un rato metido en su cuarto.	- Llegamos tarde al colegio. Pierde la clase de gimnasia.
- Martes, 8-9		- Se arregla muy rápido y desayuna sin problemas.	- Nada. Llegamos bien.
- Miércoles, 8:15	- En el baño y en la cocina. Con su padre y su hermano.	- Se pelea con su hermano en el baño. Su padre le grita y le castiga. Luego no quiere vestirse y tarda muchísimo en desayunar.	- Llegamos más tarde que nunca al colegio. Pero a él no parece importarle. Pierde toda la gimnasia.
- Jueves, 8-9		- Obedece muy bien. Calma total.	- Nada. Sin problemas.

Si se observa el registro con la perspectiva del modificador de conducta, se entenderá que las casillas "Día-Hora" y "Lugar-Situación" ofrecen pistas sobre los estímulos discriminativos de la conducta; la de "Qué hace Juan" sirve para considerar las respuestas implicadas (lo que, a su vez, facilita el análisis topográfico si se completan con el suficiente detalle); y la de "Qué pasa luego" da información sobre los consecuentes: los reforzadores que pueden ser responsables de que se mantengan las conductas problemáticas. Naturalmente, estos datos salen a la luz con una observación minuciosa y un registro completado con detalle. Además, y como es lógico, los registros directos contribuyen a establecer las relaciones funcionales cuando los estímulos discriminativos y los reforzadores están próximos en el tiempo, pero es verdad que, en ocasiones, aquellos pueden haberse producido horas o días atrás, y las consecuencias buscadas de una respuesta llegan a largo plazo. Por último, otro aspecto que debe tener en cuenta -y que la sencillez del ejemplo aquí empleado podría hacer olvidar - estriba en que las situaciones estimuladoras que elicitaban una conducta problema no tienen por qué ser siempre las mismas, topográficamente hablando, pues lo esencial es su función discriminativa. Dicho de otro modo: no siempre hace falta el mismo estímulo para que se dé una conducta, basta con que lo recuerde o evoque de forma suficientemente nítida. Así, por ejemplo, una foto de un mastín puede provocar las conductas características de miedo en alguien con fobia a los perros y esta reacción ser similar a la que provocaría el encuentro con un mastín real. La foto y el perro auténtico son muy distintos, qué duda cabe, pero en este caso tienen una función parecida.

Existen distintos modelos de análisis funcional, que han evolucionado a lo largo de las últimas décadas. Durante un tiempo, en la búsqueda de modelos más potentes explicativamente, se fueron incorporando a la secuencia funcional básica - la formada por antecedente estimular, respuesta y consecuente (E -* R -* C)- otras variables, como el organismo (O) (E -* O -* R -* C) o la contingencia (K) basada en el programa de reforzamiento (E -* O -* R -* K -* C). También se ha diferenciado a veces entre estímulos externos e internos, diferentes modalidades de respuesta (fisiológica, motora, cognitiva) o varias alternativas en los consecuentes (internos-externos, a

corto-a largo plazo). No obstante, esta proliferación de factores no siempre ha redundado en una mayor eficacia de los análisis y, en general, ha creado una cierta confusión entre elementos de la historia de aprendizaje con los determinantes actuales del comportamiento y ha establecido una diferenciación artificial entre conductas manifiestas y encubiertas (o cognitivas).

Una alternativa a estos análisis funcionales proviene de los modelos de Diagramas de Análisis Funcional, desarrollado por Stephen Haynes para tratar de fijar puntuaciones numéricas de las magnitudes del efecto (o pesos) para cada una de las variables causales implicadas. Este tipo de análisis funcionales resultan sin duda provechosos, pues sus implicaciones para la intervención parecen claras; sin embargo, requieren reunir una información bastante completa y contrastada que implica un tiempo considerable de indagación, exigen una formación y entrenamiento específico bastante pormenorizado y requieren aún mayor apoyo experimental para demostrar que este tipo de formulación alberga mayor poder explicativo y utilidad terapéutica que los modelos más habituales.

Otros análisis funcionales, como el propuesto desde el interconductismo, establecen una división de cara a la recogida de información entre variables funcionales y variables disposicionales. Las primeras corresponderían a la secuencia funcional planteada originalmente (E -* R -* C; o también EC -* RC), elemento básico del análisis funcional; las segundas incluirían aquellos factores que probabilizan el que esa secuencia funcional se produzca o no, o se dé de una u otra manera. En este tipo de análisis funcional, el modificador de conducta pretende, por un lado, determinar con la máxima claridad cuáles son los estímulos discriminativos o condicionados que disparan las respuestas y cuáles son los consecuentes de estas respuestas; y, por otro, reunir la mayor información posible sobre aquellas variables disposicionales que pueden estar implicadas en la aparición de esa secuencia funcional descrita. Así, por ejemplo, indaga en la historia de condicionamiento del sujeto para encontrar acontecimientos previos que expliquen por qué se da esa secuencia, en las circunstancias de salud o enfermedad que puedan concurrir, o también en qué

habilidades anteriormente adquiridas pueden tener en este caso un papel relevante. Del mismo modo, observa factores contextuales (valores sociales, presencia de determinados elementos, etc.) que permiten comprender mejor cuándo o cómo se producen las secuencias funcionales. La división entre los dos tipos de variables facilita no perder de vista la conducta en sí objeto de intervención (la descrita por la secuencia funcional), mientras que se valora información pertinente que puede ayudar a concretar la intervención (y a su éxito) a través del conocimiento de las variables disposicionales.

3

Principios de aprendizaje aplicados a la modificación de conducta

En el capítulo 1 de este libro, al definir la modificación de conducta, se aludía a los principios del aprendizaje. El conocimiento de estos es, por tanto, el punto de partida para un trabajo competente desde este enfoque, además del medio para comprender los fundamentos de las técnicas y ser capaz de acomodarlas a cada circunstancia o, incluso, de diseñar nuevos procedimientos de intervención si el caso lo requiere.

En este capítulo se repasan sucintamente aspectos básicos de aprendizaje, pero únicamente aquellos que tienen un traslado más directo a la práctica de la modificación de conducta. Se comprobará que las técnicas no son sino elaboraciones - a veces incluso, y a pesar de su aparente complejidad, muy poco alejadas del principio original - del reforzamiento positivo, el castigo negativo, la extinción, el reforzamiento negativo, la generalización de estímulo o la habituación.

Junto con los principios de aprendizaje se incluye en este capítulo un resumen de las causas más habituales de las conductas problemáticas, pues, aunque los principios son aplicables a todo tipo de conductas por igual (adaptadas o inadaptadas), el modificador de conducta dirige sus esfuerzos hacia aquellas que no resultan útiles, beneficiosas, sanas o adecuadas para el sujeto a larga. Contar con una guía - en absoluto exhaustiva, pero sí práctica - sobre las causas más corrientes de las conductas inadaptadas posee un sentido económico y pragmático, de orientación básica, de forma semejante al de las

guías de práctica médica para enfermedades corrientes. No obstante, no debe perderse de vista, como se ha defendido en el capítulo anterior, el carácter ideográfico de la evaluación conductual, ni que la búsqueda de la función particular de la conducta problema en cada sujeto es uno de sus rasgos distintivos. Por último, y para cerrar estos primeros capítulos centrados en aspectos introductorios, se presenta un breve esquema en el que se integran los pasos que sigue una intervención desde la modificación de conducta. De este modo, queda mejor explicado el sentido de todo el proceso y se facilita el que aquellas personas menos familiarizadas con esta intervención vean la necesidad de organizar una sistemática que favorece el obtener los mejores resultados.

Los contenidos de este capítulo no representan en absoluto una síntesis de los fundamentos de aprendizaje. En realidad, en las líneas que siguen solo se han incluido conceptos de aprendizaje elementales y directamente asociados a las intervenciones. Por eso, no se debate cómo se produce el aprendizaje, cuáles son las diferencias entre condicionamiento clásico, operante y vicario (o si este último puede considerarse o no propiamente un tipo de aprendizaje independiente), cuáles son las fronteras entre conductas y acciones reflejas, preparadas genéticamente, afectadas por factores orgánicos, etc. Todas estas cuestiones corresponden a otro nivel de conocimiento, y lo que le interesa al modificador de conducta aplicado es trabajar sobre la conducta inadaptada (es decir, sobre lo ya aprendido) para facilitar su cambio en una dirección adecuada.

3.1. Reforzamiento y castigo desde el condicionamiento operante

El principio fundamental del aprendizaje operante sostiene que las conductas reforzadas aumentan o se mantienen, mientras que aquellas no reforzadas (o castigadas) disminuyen. Por tanto, cualquier conducta problemática que se mantenga en el tiempo recibe algún tipo de reforzamiento, pues de lo contrario inevitablemente se extinguiría. Por supuesto, cuál es ese reforzamiento no siempre salta a la vista. El modificador debe encontrar los reforzadores de una conducta problemática (o, al menos, saber contraponer otros que refuercen la conducta adaptada) si pretende tener éxito en su

intervención.

El reforzamiento, el castigo y la extinción de una conducta son conceptos definidos de forma operativa. Es decir, que en esta definición se incluyen las consecuencias de la respuesta del sujeto (lo que sucede después o sigue a la respuesta) y el cambio observable en la tasa o frecuencia de la conducta (su aumento o disminución). Respecto a lo que sigue a la respuesta, caben las siguientes posibilidades: que, tras su emisión, aparezca un estímulo apetitivo o uno aversivo, o que tras su emisión desaparezca un estímulo apetitivo o uno aversivo, o bien que no aparezcan esos estímulos apetitivos o aversivos que anteriormente sí se daban. Respecto al cambio observable en su tasa, si una conducta se mantiene o se hace más frecuente está siendo reforzada, si una conducta disminuye o llega a extinguirse está siendo castigada o no está siendo reforzada como anteriormente. En el cuadro 3.1 se incluyen las posibilidades sobre la aparición o desaparición de estímulos aversivos o apetitivos, que definen qué es reforzamiento positivo y negativo, y castigo positivo y negativo.

Cuadro 3.1. Definición de reforzamiento positivo y negativo, y de castigo positivo y negativo

	<i>Aparece tras la respuesta</i>	<i>Desaparece tras la respuesta</i>
<i>Estímulo reforzador positivo (E^{r+})</i>	Reforzamiento positivo (aprendizaje por recompensa)	Castigo negativo (aprendizaje por omisión)
<i>Estímulo reforzador negativo (E^{r-})</i>	Castigo positivo	Reforzamiento negativo (por escape o evitación)

3.1.1. Reforzamiento positivo

El proceso de reforzamiento positivo se define como la aparición de un estímulo reforzador positivo (o estímulo apetitivo) contingente a la emisión de una respuesta ($E_d - * R - * E_r +$). Por ejemplo, el interruptor de una pared es un estímulo discriminativo (E_d) para la respuesta de pulsarlo (R) a fin de que se encienda la luz (reforzador positivo si se desea aumentar la luz: E''). La

aparición de este estímulo reforzador supondrá el mantenimiento o incremento de la conducta. El reforzamiento positivo se emplea tanto para incrementar conductas que ya estaban en el repertorio del sujeto como también para incorporar nuevas conductas que aún no se habían desarrollado (por ejemplo, a través de la técnica denominada moldeamiento). El reforzamiento positivo, también denominado aprendizaje por recompensa, está asociado a emociones gratificantes.

3.1.2. Reforzamiento negativo

El proceso de reforzamiento negativo se define como la desaparición de un estímulo reforzador negativo (o estímulo aversivo) contingente a la emisión de una respuesta ($E_d - * R \$E_r-$). Por ejemplo, si se entra en una habitación tan iluminada que hace daño a la vista, entonces la correa de la persiana es el estímulo discriminativo (E_d) para la respuesta de tirar de ella (R) a fin de que baje la persiana y disminuya la luz (reforzador negativo porque tanta luz resultaba molesta: E_r-). En este tipo de aprendizaje se diferencia entre las modalidades de escape y de evitación. El escape se corresponde con el ejemplo que se acaba de referir: el sujeto se encuentra ya sufriendo la incomodidad del estímulo reforzador negativo y emite su respuesta para escapar de él. Sin embargo, si por la experiencia previa, el sujeto cierra los ojos antes de entrar en la habitación excesivamente iluminada, se trata de una evitación pues, gracias a ese gesto, no llega a sufrir las sensaciones aversivas del estímulo reforzador negativo (deslumbramiento). El aprendizaje por reforzamiento negativo no está asociado a las mismas sensaciones gratificantes del reforzamiento positivo; en este caso la sensación es de alivio por haber escapado o evitado la estimulación desagradable. El aprendizaje que se consigue por este procedimiento suele ser algo menor y algo más lento que el del reforzamiento positivo.

3.1.3. Castigo positivo

El proceso de castigo positivo se define como la aparición de un estímulo reforzador negativo (o estímulo aversivo) contingente a la emisión de una respuesta ($E^\circ - * R - * E_r-$). Por ejemplo, se pulsa (respuesta: R) un interruptor

de la luz en mal estado de conservación (estímulo delta: E°) que produce una descarga eléctrica intensa (estímulo reforzador negativo: E_r^-). Obsérvese que en este caso, por convención, se habla de estímulos delta o estímulos discriminativos delta (los estímulos delta son los que preceden a los castigos o a las extinciones). Las emociones vinculadas a los procesos de castigo positivo son de incomodidad, rabia, ansiedad, etc. Durante un tiempo se cuestionó que el castigo positivo produjese aprendizajes duraderos, en vez de solo interrupciones temporales de la conducta. Hoy en día, no obstante, su efectividad está probada cuando se aplica adecuadamente y en condiciones óptimas. Sin embargo, dados los efectos emocionales que provoca, su empleo debe quedar restringido a aquellas circunstancias en que parece la única alternativa aconsejable y, previamente, se ha debatido éticamente su uso en el caso concreto que se está tratando.

3.1.4. Castigo negativo

El proceso de castigo negativo se define como la desaparición de un estímulo reforzador positivo (o apetitivo) contingente a la emisión de una respuesta ($E' - * R \rightarrow E''$). Por ejemplo, se pulsa (respuesta: R) un interruptor inadecuado de una habitación (estímulo delta: E°) que bloquea la persiana e impide abrirla a voluntad para que entre luz natural (estímulo reforzador positivo: $E'+$). De nuevo en este caso, como se habrá advertido, se habla de estímulos delta. El castigo negativo también lleva asociadas emociones negativas, como la frustración, aunque no suelen ser tan intensas como en el caso del castigo positivo.

3.1.5. Extinción

El proceso de extinción se define como la desaparición contingente de cualquier reforzador previamente asociado a la emisión de una respuesta ($E^\circ - * R - *$). Por ejemplo, si por la rotura de un cable eléctrico el interruptor que enciende la luz deja de funcionar (E), la respuesta de pulsarlo (R) ya no tiene ninguna consecuencia. Al cabo del tiempo, y aunque al principio hay un aumento de la tasa, la respuesta deja de producirse.

De entrada, sin conocerse la historia de aprendizaje de un sujeto, no puede asegurarse que determinado estímulo funcione como reforzador positivo o negativo. Solo el efecto en la conducta lo revelará: si esta aumenta contingentemente a su aparición, se trata de un reforzamiento positivo y si disminuye, de un castigo o una extinción.

3.2. Estímulos condicionados clásicamente: generalización y habituación

Hasta ahora se ha tratado la intervención desde el condicionamiento operante; sin embargo, también hay principios importantes desde el condicionamiento clásico cuyo conocimiento es fundamental para el modificador de conducta. En particular, los relativos a la generalización de estímulos y a los procesos de habituación.

La generalización de estímulo es un proceso natural de aprendizaje que consiste en el aumento de probabilidad de una respuesta en presencia de un estímulo novedoso debido al condicionamiento previo de un estímulo semejante. Como es lógico, cuanto más semejantes sean dos estímulos, habrá más probabilidades de generalización. En principio, la generalización constituye un proceso adaptativo, pues permite que se sienta lo mismo y se reaccione de forma parecida ante situaciones similares (así, por ejemplo, conviene sentir el mismo miedo ante una fiera salvaje que ante otra y no discriminar demasiado entre ellas), pero también puede acarrear problemas cuando se asocian miedos a situaciones que no representan un peligro (por ejemplo, haber sufrido un ataque de un perro peligroso puede generar miedo a cualquier perro).

Una peculiaridad de los seres humanos consiste en su capacidad de generalización verbal y de establecer asociaciones por equivalencias y categorizaciones. Así, aunque no se hayan tenido experiencias desagradables directas con una avispa se puede tener miedo de ella si hemos sido informados (verbalmente) de la peligrosidad de estos animales o se nos ha dicho que su picadura duele más que la de otros de los que sí hemos tenido experiencia directa (como de una abeja). Del mismo modo, si por encontrarnos mal un día hemos vomitado después de haber tomado leche,

puede que experimentemos reacciones de rechazo ante todos los derivados lácteos, aunque la forma, olor, tamaño, presentación, etc. sea completamente diferente de unos a otros.

La generalización de estímulos explica que se aprendan muchas palabras y frases que no han sido reforzadas, pero también que se cometan errores gramaticales cuando se desconocen las excepciones a la regla.

Por otro lado, la habituación es un proceso por el cual un estímulo pierde progresivamente su valor activador por causa de su aparición repetida. La habituación también funciona de forma adaptativa para los seres humanos pues probabiliza la búsqueda de nuevos estímulos y puede favorecer la desaparición de miedos previamente adquiridos. No obstante, como contrapartida, puede favorecer el anhelo continuo de mayores niveles de estimulación hasta el punto de sobrepasar los límites saludables. Tal es el caso del consumo de sustancias (por ejemplo, el café), actividades (como el juego), sensaciones corporales, etc. En volver a niveles de acomodación más adaptativos consiste el trabajo del modificador de conducta con muchos de sus pacientes.

3.3. Explicaciones comunes de las conductas inadaptadas

Como se mencionaba anteriormente, las conductas que no obtienen ningún tipo de reforzamiento acaban desapareciendo, aunque en ocasiones haga falta tiempo para obtener ese resultado. Por tanto, aun las conductas más problemáticas y que, a la larga, causan graves dificultades a las personas, tienen algún tipo de recompensa. De hecho, excesos y déficit comportamentales se explican fácilmente si se conocen ciertos principios básicos de la forma de actuar de los seres humanos. Así, por ejemplo, resulta habitual que se lleven a cabo conductas inadecuadas, como mentir, porque su refuerzo ocurre justo entonces, y, en cambio, su castigo se demora o incluso puede llegar a evitarse. De forma similar, se fuma o se come en exceso porque la gratificación de estas conductas se obtiene inmediatamente y los efectos negativos no se hacen patentes en ese instante y solo acaban resultando molestos por acumulación. Igualmente, cuesta hacer deporte

porque, para muchas personas, supone pequeños castigos inmediatos que solo tienen efectos positivos bastante a la larga. Consciente de esto, el modificador de conducta orienta su análisis funcional hacia la detección de estos refuerzos, lo que se facilita si cuenta con algunas pistas sobre formas en que, habitualmente, se producen secuencias de conductas inadecuadas. En este apartado se ha recogido una conocida clasificación que, con más extensión, algunas diferencias y otros ejemplos, ofrecen los autores Martin y Pear, para orientar esa búsqueda. No se trata de un listado exhaustivo, sino de formas comunes en que se refuerzan las conductas inadaptadas.

3.3.1. Conductas inadaptadas mantenidas por la atención social (refuerzo sensorial social positivo)

Es frecuente que conductas inapropiadas se mantengan por la atención que dirigen, al que las emite, otras personas de su entorno. Tres indicadores de estarse produciendo ese tipo de refuerzo son: 1) se observa una orientación de la atención hacia el que emite la conducta; 2) quien la emite mira o se acerca o trata de concitar la atención justo antes de actuar; 3) el sujeto sonríe o pone algún gesto expresivo antes de la emisión de la conducta.

En consecuencia, con este análisis, la desaparición de la conducta guardará relación con la pérdida de atención a estas acciones, junto con el refuerzo de comportamientos alternativos. Igualmente, conviene que la emisión de este tipo de conductas se realice cuando la situación indica que es adecuada (esto es: cuando obedezca a un estímulo adecuado), lo cual se puede avisar al sujeto que emite la conducta verbalmente o por otro tipo de estímulo discriminativo.

3.3.2. Conductas inadaptadas mantenidas por auto-estimulación agradable (refuerzo sensorial interno positivo)

En este caso, las conductas se refuerzan por la propia sensación corporal. Este tipo de acciones se efectúan en muchas ocasiones, pues todas las personas disfrutan, en algún momento, estirándose o masajeándose. No obstante, en ocasiones - y, en particular, en niños con trastornos evolutivos - la auto-

estimulación es tan intensa o repetida que puede producir lesiones o impedir que se curen heridas, o puede resultar muy molesta para los que están alrededor (por ejemplo, con balanceos exagerados o gestos repetitivos). Las sensaciones reforzantes pueden provenir de cualquier parte del cuerpo, incluyendo las propioceptivas vestibulares, visuales, auditivas, táctiles, sensitivas, etc.

Por este tipo de refuerzo, la intervención puede contemplar el enriquecimiento del contexto que contrarreste el reforzamiento dado por la auto-estimulación, una privación de otros reforzadores contingente a su aparición o métodos que eliminen las consecuencias sensoriales de la auto-estimulación (por ejemplo, cubriendo las zonas desde las que llega la sensación).

3.3.3. Conductas inadaptadas mantenidas por estímulos aversivos internos (refuerzo negativo interno)

A veces la causa de una conducta problemática parte de una enfermedad o molestia que trata de contrarrestarse con sensaciones más intensas. Así, por ejemplo, sujetos que no han desarrollado el lenguaje pueden golpearse la cabeza contra una pared con el objetivo de reducir el dolor causado por una infección de oído. En general, si una conducta aparece de forma repentina y no puede asociarse con ningún cambio del entorno (ya sea social o sensorial) hay que valorar la posibilidad de que el sujeto esté sufriendo algún problema de salud. Lógicamente, la intervención consiste aquí en encontrar primero esos problemas y aliviarlos médicamente.

3.3.4. Conductas inadaptadas mantenidas por refuerzos ambientales (refuerzo sensorial externo positivo)

Ciertas conductas se mantienen por el refuerzo sensorial externo, esto es: imágenes, sonidos, olores, etc. que se generan por la acción del sujeto. Es muy característica la estimulación que supone para los bebés el ruido que ocasiona tirar un juguete, o el efecto visual que percibe un niño cuando se sopla un ringlete. Aunque en estos ejemplos las conductas no son

inapropiadas y no tienen por qué tratarse si no se perpetúan, en cambio sí parece conveniente intervenir cuando los niños tiran frecuentemente cosas valiosas por el inodoro (por el placer que les puede causar el efecto visual) o porque les gusta ver cómo se desborda el agua de la bañera.

En estos casos, intervenciones pertinentes consisten en ofrecer alternativas interesantes y con mayor reforzamiento que las conductas anteriores (por ejemplo, dejar caer una cosa de valor en un frasco de cristal y recibir elogios y un caramelo por ello); o bien contraponiendo otras consecuencias aversivas a esos comportamientos (pérdida de reforzadores, tiempo fuera, etc.).

3.3.5. Conductas inadaptadas mantenidas por escape y evitación de demandas (refuerzo social negativo)

Escapar de estímulos aversivos es un poderoso elemento reforzador y, sin duda, explica muchos comportamientos. De forma natural se evitan los ruidos fuertes y repetitivos, el exceso de calor o de frío, la luz que nos deslumbra, etc. De forma semejante, también se desea escapar de demandas de otras personas que nos incomodan, cansan o angustian. Y, en ocasiones, se logra recurriendo al enfado, la crítica, el mostrarse muy cansado o deprimido, etc., lo que puede ocasionar la retirada de esa demanda (un proceso, por tanto, de reforzamiento negativo).

En estos casos, lógicamente, la intervención tiene que procurar que se contrarreste el valor de escape de esas reacciones; esto es, que pierdan su función anterior; aunque - según las circunstancias - puede reforzarse, a la vez, el que se hagan peticiones razonables y de forma directa, abandonando así las actuaciones anteriores por métodos más adaptados y Jerarquizando el grado de dificultad que puede suponer la demanda (si es necesario).

3.3.6. Conductas inadaptadas mantenidas por escape y evitación de estímulos aversivos no sociales (refuerzo negativo externo,

A nadie extraña quitarse unos zapatos que aprietan o desabrocharse una ropa demasiado estrecha. No obstante, en ocasiones estas acciones pueden acabar

provocando consecuencias muy indeseables, sobre todo si no está justificado el comportamiento (por ejemplo, un niño que se niega siempre a ir calzado). En estos casos habrá que acostumbrar progresivamente a la persona a los zapatos, reforzar con otros elementos sus usos y/o castigar negativamente (pérdida de otros reforzadores) el rechazo a usarlos.

3.3.7. Conductas inadaptadas explicadas por condicionamiento clásico

En ocasiones, respuestas emocionales inapropiadas (por su duración, intensidad o desencadenantes) se explican por condicionamiento clásico. Esto es, son conductas respondientes. Por ejemplo, muchas reacciones de ira o ciertas conductas sexuales inadaptadas. El proceso - como es sabido - se debe a una asociación entre un estímulo incondicionado con uno inicialmente neutro, pero que acaba desencadenando reacciones similares a las del incondicionado. En este caso, al realizar el análisis funcional se evidencia que la conducta aparece de forma involuntaria, que se desencadena siempre ante determinados estímulos y que no va seguida de consecuencias gratificantes identificables (a no ser que también contenga componentes de condicionamiento operante y el sujeto lleve a cabo una acción que modifique su estado). El tratamiento de este tipo de conductas inadaptadas consiste en deshacer ese aprendizaje, por ejemplo por medio de respuestas que inhiban las reacciones emocionales inadecuadas o que lleven a su habituación (y, por tanto, acaben perdiendo su fuerza o intensidad anteriores).

3.4. Planificación de una intervención desde la modificación de conducta

Una vez comprendidos los conceptos centrales de la modificación de conducta respecto a su unidad de análisis y su enfoque de trabajo, el tipo peculiar de evaluación que requiere y los principios de aprendizaje que deben tenerse presentes al practicarla, conviene contar con unas guías para articular una intervención completa. En este punto, se describirán de forma básica los componentes de una intervención conductual, de forma que se comprenda la integración de todo el procedimiento.

3.4.1. Recepción de la demanda y preparación de la intervención

El profesional que lleva a cabo una intervención conductual debe ser alguien formado en los principios de aprendizaje, con experiencia práctica en el manejo de las técnicas de intervención, desarrollo de las competencias necesarias para la ayuda interpersonal (capacidad de escucha y habilidades de acción verbal, actitudes de aceptación, empatía y autenticidad, competencia para motivar, etc.) y, lógicamente, estar en posesión de los requisitos legales que le habiliten para tal trabajo, incluyéndose aquí la adscripción a los principios deontológicos profesionales.

Una vez que empieza a adquirir conocimiento de los problemas que presenta la persona derivada o sobre la que le preguntan, debe declarar honradamente si cuenta con la formación y experiencia idóneas para acometer un tratamiento en ese tipo de casos. Así, por ejemplo, puede que se trate de un profesional competente con adultos, pero carezca de práctica en problemas infantiles; o que no conozca a fondo ni se haya preparado para intervenciones en problemas de pareja, drogadicciones, trastornos de la conducta alimentaria, juego patológico, abuso sexual, etc., campos de intervención que requieren una formación complementaria para poder abordarse con las garantías indispensables.

Además, es posible que, una vez realizada esa evaluación previa, juzgue que no puede empezar la intervención por cualquiera de estos motivos: 1) que el caso en cuestión no exija un tratamiento específico, sino una simple información; 2) que la demanda no se realice para beneficio del sujeto (sino, por ejemplo, de algunos familiares); 3) que no logre concretar cuál es la petición o la ayuda solicitada; 4) que crea forzoso un examen médico antes de empezar ningún tratamiento psicológico; 5) que valore que por determinadas circunstancias (por ejemplo, edad del sujeto o estado físico, tipo de historia interpersonal, problemas de personalidad asociados, etc.) la intervención no vaya a ser en ese momento provechosa; 6) que no cuente con apoyo y ayuda efectiva por parte de otros agentes (familiares, amigos, colegio, instituciones, profesionales complementarios, etc.); 7) que intuya que la implicación, disponibilidad, tiempo o esfuerzo que va a requerir hacen aconsejable una derivación; o 8) que el problema sea tan intrincado, de tanto tiempo atrás o

haya desarrollado tantas vertientes que resulte muy problemático, de entrada, concretar cómo abordarlo o el tiempo que pueda precisar su evaluación y tratamiento.

Una vez aclarado que ninguno de estos problemas van a constituir, a priori, un impedimento, puede hacerse cargo de la intervención y preparar a los sujetos implicados para el proceso. Para empezar, debe exponer cuál es el marco de trabajo de la modificación de conducta, que lo ofrezca como una de las alternativas posibles y que explicita la imprescindible participación de todos en este tipo de trabajo. Así, con frecuencia apunta que se trata de un tratamiento, en general, de duración breve, con unos objetivos concretos y aplicados, centrados en el presente. También comenta que se organizará a partir de distintas fases: una de evaluación previa, otra de la explicación de un modelo o técnicas de intervención y una última de puesta en práctica de las técnicas que propiciarán el cambio deseado. Así mismo, mencionará la necesidad de colaboración por parte del sujeto que presenta la conducta problema (siempre que se lo permita su edad, desarrollo, estado físico y psicológico) y/o de otras personas que están a su alrededor. Igualmente, hará saber que se llevará una evaluación continua, aunque con especial énfasis al principio de la intervención. Por último, tratará de especificar cómo se propiciará que los cambios obtenidos al final de la intervención se mantengan en el tiempo y se generalicen allí donde sea oportuno.

3.4.2. Fase de evaluación

Una vez aclarada la pertinencia de la intervención, la siguiente acción que debe emprender el modificador es una recogida de información que posibilite la aplicación del tratamiento. Para poder garantizar que los cambios tras su trabajo han sido efectivos y para asentar una hipótesis explicativa - de acuerdo con los modelos de reforzamiento que se han expuesto en este mismo capítulo - deben procurar obtener los siguientes datos: 1) una concreción de la conducta problema objeto de la observación y registro; 2) la selección o construcción de los registros de observación o autoobservación que se emplearán (o, en su defecto, de cuestionarios con preguntas concretas que servirán para estimar la conducta de forma indirecta);

3) una especificación de los lugares, momentos y circunstancias en que esta conducta tiene lugar; 4) una recogida de su frecuencia de aparición, intensidad, duración u otros parámetros necesarios para el análisis topográfico; 5) la estimación de criterios de fiabilidad de las observaciones (por ejemplo, criterio de acuerdo mínimo inter-observadores); 6) una especificación del tipo de registros gráficos a los que se trasladará la información; 7) una valoración del tiempo que se prolongará esta fase, y cómo seguirá la recogida de información después de esta (registros continuos frente a intermitentes, evaluación postratamiento, etc.).

En general, en todo este proceso y en el análisis que se hará a continuación, es esencial tener en cuenta lo expuesto en el capítulo 2 de esta guía ("Evaluación conductual"). Debe recordarse la exigencia de contar con una línea base estable y sin tendencias, pues solo de esa forma existirá un criterio para poder asegurar la efectividad de las técnicas implementadas.

3.4.3. Fase de explicación conductual del problema

La evaluación inicial permite establecer hipótesis sobre los factores responsables de que se mantenga la conducta problema. Desde la modificación de conducta se postula que la implicación del sujeto afectado por la conducta problema o la de los que están a su alrededor resulta imprescindible para que haya un cambio duradero y adaptativo. Por esta razón, trasladar comprensivamente el modelo explicativo y justificar consecuentemente las técnicas que se aplicarán se considera inexcusable. Como no se espera que el cambio de conductas muy arraigadas sea rápido o sencillo (en particular, si llevan tiempo mantenidas por reforzamientos intermitentes e impredecibles), esa comprensión y colaboración es uno de los factores que más claramente distingue el trabajo desde este enfoque.

En general, para explicar su modelo comprensivo, los modificadores se sirven de una representación gráfica que permite visualizar los factores que explican la perpetuación de la conducta problema (y que, habitualmente, es una plasmación simplificada del análisis funcional). Este tipo de esquemas permite evidenciar la influencia de múltiples elementos que pueden actuar

simultáneamente y que, en la actualidad, mantienen el problema; así se justifican los procedimientos y el proceso que van a seguir. La explicación debe ayudar a distinguir entre las consecuencias a corto, medio y largo plazo, y hacer ver así cuáles son las ganancias que, de entrada, supone mantener un determinado comportamiento, pero también sus repercusiones indeseables a largo plazo. Todo ello facilita también el compromiso con el cambio, que será importante para afrontar los momentos de desaliento si los beneficios no se obtienen pronto. En esta exposición con el o los afectados, el modificador evitará el lenguaje técnico, pues su objetivo es conseguir la total comprensión del modelo explicativo para contar con la motivación y colaboración de los que le consultan.

Por último, durante esta fase, acordará con el sujeto implicado (o sus familiares o responsables) cuáles son los objetivos, se indicará un tiempo estimado para todo el proceso, posibles problemas que puedan surgir, se aclararán todas las dudas que puedan tener y se brindarán indicaciones sobre la estrategia a seguir a partir de ese momento, que normalmente supondrá explicaciones de la naturaleza y funcionamiento de las técnicas.

3.4.4. Fase de implementación de la intervención

Aunque las fases de evaluación y explicación de la conducta problema pueden ya considerarse una forma de intervención, pues muchas personas mejoran de sus problemas cuando tienen una estimación objetiva de su magnitud, o cuando han recibido una información precisa y avalada de las razones que los mantienen, desde la modificación de conducta se opina que la manera de garantizar que las conductas problema disminuyan o desaparezcan, y que, al tiempo, las conductas deseables aparezcan y se mantengan durante mucho tiempo, pasa por la incorporación de estrategias (esto es, técnicas) cuya eficacia se ha comprobado previamente en casos similares.

Antes de implementar la técnica o más habitualmente las técnicas precisas para el caso, se explicará su dinámica y funcionamiento. Además, si hay distintas conductas problema, se escogerá aquella que más probablemente se pueda beneficiar rápidamente de esa estrategia. El modificador se asegurará

de la comprensión del funcionamiento de la técnica por parte de los implicados, dará unas instrucciones muy claras (si es necesario, por escrito), decidirá el momento más oportuno y pondrá en marcha la intervención.

Como en muchas ocasiones hace falta una supervisión del procedimiento, el modificador mantendrá desde ese instante un seguimiento atento de la puesta en práctica de la técnica; de este modo podrá corregir errores iniciales y ofrecer explicaciones sobre cambios habituales cuando se comienza a aplicar. Así, por ejemplo, es habitual que alguien que comienza a practicar la relajación muscular progresiva por un problema de ansiedad tenga muchas preguntas y necesite feedback sobre su ejecución, o también que, al principio, en vez de relajarse tenga un poco más de ansiedad, algunas sensaciones extrañas o incluso mareos que lo asusten. Gracias a la proximidad e información del modificador, el sujeto podrá mantener la práctica de la relajación con interés, motivación y sabiendo que todo lo que le está sucediendo es normal, lo que al cabo redundará en su beneficio.

Uno de los cometidos más importantes del profesional en este momento consiste en saber motivar y alentar a la persona aquejada por la conducta problema cuando los progresos no llegan de la forma esperada o, incluso, hay vueltas atrás. Si bien es habitual que el modificador haya previsto y advertido al sujeto de estas circunstancias, siempre será necesario saber animar, y hacer ver y reforzar los avances que sí se constatan. Una manera de lograr esta motivación, consiste en recurrir a las gráficas donde se registró la línea base y demostrar así, de forma visual y objetiva, cómo se están produciendo los cambios esperados.

Esta fase es, habitualmente, la más extensa de todo el proceso de modificación y la que suele requerir más pericia y conocimiento tanto de las técnicas de intervención como de las habilidades terapéuticas, único medio para que se produzcan los cambios deseados. Una vez alcanzada la conducta objetivo, concluye esta fase.

3.4.5. Fase de evaluación de los resultados y programación del mantenimiento

Si la evaluación ha seguido de forma continua, recogiendo gráficamente los cambios en la conducta problema, la constatación de la eficacia de la intervención es directa e inmediata. En muchos casos, no obstante, se habrá interrumpido ese registro y hará falta una evaluación postratamiento para estimar su utilidad. Lo más conveniente es que, en este caso, se recurra a las mismas medidas (o lo más similares posibles) que se emplearon en la fase de evaluación, pues así podrán contrastarse de forma fehaciente los cambios. Es posible que esta última evaluación no dé unos resultados óptimos, y, en tal caso, el modificador deberá plantearse si sus objetivos iniciales fueron realistas, si en la evaluación hubo errores o si no se eligieron o pusieron correctamente en práctica las técnicas. En caso de una evaluación muy negativa, deberá analizar las causas de ese fracaso, para lo cual es recomendable buscar asesoramiento profesional.

Pero aunque un tratamiento sí haya producido cambios adecuados, hay que asegurarse de que se mantendrán en el tiempo y se generalizarán a otros ambientes. Parte del éxito de ese proceso tiene que ver, por ejemplo en un caso de exposición para una fobia, con una práctica planteada con suficiente variedad en los estímulos y con un proceso de aproximación a las circunstancias naturales y cotidianas de la persona con el problema. No obstante, esto no queda patente en todos los casos y, por eso, en colaboración con la persona tratada, se hará una programación específica de forma que puedan prevenirse las recaídas gracias al esclarecimiento de las situaciones de riesgo y el ensayo de estrategias que facilitarán salir airoso en circunstancias comprometidas. Muchas veces, el mantenimiento de los beneficios de la intervención se logra por la incorporación, como hábitos, de las técnicas aprendidas, de manera que resulten ya naturales para el sujeto. En otros casos, se tratará de que el sujeto recupere y siga por sí mismo el proceso que llevó a cabo con el modificador. Para facilitar esto último, viene bien dejar material escrito (o grabado) que pueda servir de recordatorio.

Por último, el modificador programará contactos, cada vez más espaciados en el tiempo, para realizar un seguimiento del caso y poder corregir con anticipación desviaciones del objetivo si aprecia indicios de vuelta a la

situación anterior. La posibilidad de contacto y colaboración con la persona tratada quedará abierta siempre por si esta requiere nuevas ayudas.

PARTE II

Técnicas para la creación e incremento de conductas

4

Reforzamiento de conductas

Probablemente, el núcleo del trabajo del modificador reside en el conocimiento de que las conductas reforzadas positivamente son las que se aprenden mejor y más se mantienen en el tiempo. Este principio es tan básico y central para la Psicología como el de la fuerza de la gravedad para la Física. Por tanto, entender cómo llevarlo a cabo sin errores o efectos indeseables y saber escoger las conductas más adecuadas para su reforzamiento constituyen las claves de una intervención conductual.

En este capítulo se expone cómo se trabaja con el reforzamiento positivo de las conductas. Para ello, en primer lugar, se presentará una información elemental sobre los elementos que se emplean para utilizar este método de intervención: los estímulos reforzadores, que equivaldrán a los ladrillos que sirven para componer un edificio. Posteriormente, se explicará cómo elegir los más adecuados, de qué forma aplicarlos y cómo incorporarlos en programas de reforzamiento. A continuación se presentará un ejemplo en forma de diálogo.

4.1. Estímulos reforzadores

4.1.1. Clasificación de los estímulos reforzadores

Existen distintas alternativas para clasificar los estímulos reforzadores. Aquí se incluyen únicamente dos de ellas: la que divide los reforzadores entre intrínsecos y extrínsecos, y la que diferencia entre primarios y secundarios.

El reforzador intrínseco es aquel cuyo valor de reforzamiento viene definido por la propia persona y no se requiere que otra se lo asigne. Por ejemplo, para un chico de quince años coleccionar sellos puede ser

reforzante, incluso aunque sus compañeros tachan su afición de aburrida. Al ser propio de la persona, el reforzador intrínseco es inobservable. Solo puede deducirse a partir de los efectos sobre la conducta. En cambio, en el caso del reforzador extrínseco, el valor de reforzamiento lo otorga el medio externo. Por ejemplo, estudiar para obtener buenas calificaciones escolares y así ser alabado por los padres u obtener por ello un premio material son ejemplos del reforzador extrínseco. El proceso de reforzamiento extrínseco está fuera de la persona y, por eso, es observable directamente.

Habitualmente, para que algo acabe funcionando como reforzador intrínseco hace falta un proceso en el que el reforzamiento extrínseco debe asociarse con el intrínseco. De este modo, el chico aficionado a la filatelia del primer ejemplo seguramente no tenía interés, al principio, por los sellos, pero lo pudo ir adquiriendo al ser esta conducta (o sus aproximaciones: tener ordenadas sus cosas, coleccionar cromos, etc.) valorada por los padres (reforzamiento extrínseco).

Por su parte, los reforzadores primarios son los no aprendidos. En general, tienen que ver con la supervivencia, el desarrollo o el mantenimiento de la especie. Por ejemplo, la comida, el calor, la estimulación sexual, el enriquecimiento del medio tras un período de deprivación, etc. Los reforzadores secundarios son todo el resto de reforzadores; esto es, los aprendidos. Los reforzadores secundarios pueden ser materiales (objetos, como, por ejemplo, juguetes), sociales (sonrisa, gestos de aprobación, cariño, atención), actividades (ver la televisión, ir al cine, ir a un restaurante, hacer deporte, pasear), fichas (reforzadores simbólicos canjeables), actividades planteadas según el principio de Premack, etc.

Los reforzadores secundarios se adquieren bien por su relación con los primarios (por ejemplo, gracias al dinero - reforzador secundario - puede obtenerse alimento), bien de forma vicaria (al ver que otra persona lo recibe y disfruta de su adquisición). Por esta razón se habla de reforzadores secundarios o condicionados. Los reforzadores secundarios que están asociados a otros reforzadores se denominan reforzadores condicionados generalizados (el dinero es el ejemplo paradigmático de este tipo).

4.1.2. El principio de Premack

Entre los reforzadores secundarios suele incluirse una categoría denominada "reforzadores bajo el principio de Premack". De acuerdo con este principio, formulado por David Premack, dadas dos actividades que una persona realiza de forma voluntaria, la actividad con mayor tasa puede servir de modo eficiente como reforzador de la de menor tasa, siempre que ambas se hagan contingentes. Esto es, si a un niño de seis años se le permitiese elegir libremente su comida, probablemente preferirá tomar patatas fritas y helados (conducta de alta tasa), mientras que tomar espinacas, judías verdes o manzanas tendrían poca probabilidad de ser elegidas (conducta de baja tasa). No obstante, si para tomar un helado resultase siempre imprescindible comer antes las espinacas, el consumo de estas aumentará su probabilidad de ocurrencia.

El principio sirve para evitar elecciones apriorísticas sobre los reforzadores. En realidad, consiste en hacer una observación sistemática y estimar de forma objetiva el tiempo de libre actividad que pasa el sujeto con cada una de las actividades. Luego, recogidas las de alta tasa, pueden hacerse contingentes para otras deseables de baja tasa. De este modo, si un chico pasa mucho tiempo leyendo, estudiando, jugando al ajedrez o limpiando la habitación cuando puede elegir libremente a qué dedicarse, estas actividades podrán aprovecharse - siempre que se hagan contingentes - para otras como salir de casa con amigos, jugar a la videoconsola u hojear un cómic.

4.1.3. Reglas para la correcta elección de reforzadores

Las posibilidades de que los reforzadores elegidos sean los más adecuados para un tratamiento determinado aumentan si se siguen una serie de normas. A continuación se incluyen cuatro reglas sencillas destacadas por la literatura de modificación de conducta:

1. En general, los reforzadores más prácticos son aquellos que se pueden suministrar con continuidad, pero que no sacian, es decir, que su valor reforzador se mantiene estable. Por tanto, prometer una bicicleta al final

del curso escolar para reforzar unas conductas inmediatas (sin entregar nada que represente el acercamiento a ese objetivo) o valerse de unos caramelos que cansan al niño enseguida no suponen, en principio, buenas elecciones.

2. Siempre hay que procurar que sean las contingencias naturales de las actividades (frente a otras arbitrarias) las que funcionen como reforzador, sobre todo a la larga. Por ejemplo, el reforzador natural de la lectura acaba siendo el placer por lo que se lee o los beneficios académicos que se derivan de la lectura, y no los premios que se pueden conceder (al principio) para estimular la lectura. El reforzamiento natural es el único que permite la generalización y el que debe emplearse siempre que sea posible, muy especialmente en el contexto clínico.
3. Los reforzadores elegidos deben mantener un equilibrio respecto a la dificultad o esfuerzo de la conducta por desarrollar. Así, cuando se exige demasiado para obtener un reforzador muy pequeño probablemente el sujeto no lleve a cabo la conducta; pero tampoco deben proporcionarse reforzadores excesivos para una conducta que exige poco esfuerzo al sujeto. Por ejemplo, si a un estudiante de diez años se le da una tablet de última generación por haber aprobado una evaluación, resultará más costoso asignar otros reforzadores atractivos para las siguientes evaluaciones, en especial cuando tenga más edad.
4. El reforzamiento extrínseco debe dejar paso al reforzamiento intrínseco para obtener de este modo cada vez mayores dotes de autocontrol. Una forma para promoverlo consiste en acompañar siempre el reforzamiento material o de actividad con el reforzador social. Por tanto, siempre que se entregue un premio conviene sonreír, dirigir palabras alentadoras, mostrar felicidad por el logro, indicar lo satisfecho que se está porque el sujeto haya hecho esa acción, etc.

4.1.4. Reglas para la aplicación de reforzadores

Para conseguir una intervención de modificación de conducta productiva, un primer paso consiste en elegir unos reforzadores óptimos; no obstante, esta elección no sirve de nada si luego tales reforzadores no se aplican de forma adecuada. En las líneas siguientes se enumeran las reglas que debe seguir cualquier aplicación de reforzadores.

1. Los reforzadores deben administrarse siempre de forma contingente con la emisión de las conductas establecidas. Si se pueden obtener sin que aparezca la conducta (al menos en ocasiones), disminuye drásticamente la probabilidad de que se emita la conducta. Y si se da la conducta y no se obtiene el reforzador, al cabo se extingue.
2. El intervalo de tiempo que transcurre entre la emisión de una conducta y la obtención del reforzador también debe ser tenido en cuenta. En un primer momento, los reforzadores aplicados inmediatamente tras la emisión de la conducta deseable resultan mucho más eficaces para su pronta adquisición que los que se dan de forma demorada. No obstante, en una fase posterior de consolidación y mantenimiento de la conducta, se hace deseable que ese intervalo se haga cada vez mayor. Así mismo, para lograr el asentamiento de hábitos, tras las primeras fases de reforzamiento continuo, los reforzadores se deben administrar siguiendo algún programa de reforzamiento, esto es, con un reforzamiento intermitente o parcial. Naturalmente, las características del sujeto a quien se administra el reforzador (edad, desarrollo cognitivo, experiencias previas, etc.) dictan los intervalos entre conducta y reforzador que pueden manejarse para que se capten las contingencias y el proceso de aprendizaje y mantenimiento se produzcan de la forma prevista (en muchos de estos casos, se puede recurrir a reforzadores simbólicos más inmediatos que se van acumulando y que anuncian, al final, la obtención del reforzador esperado).
3. Es aconsejable que el sujeto se implique en la elección de reforzadores. Si cabe la posibilidad de elegir entre un abanico de ellos, se recurrirá preferentemente a esta modalidad. Ténganse en cuenta que la diversidad facilitará el que si en el futuro, por cualquier circunstancia, se pierde

algún reforzador, otros mantengan la actividad (y las emociones agradables consecuentes) de la persona.

4. Por último, para que la aplicación del reforzamiento sea la idónea, ha de especificarse de forma suficiente el proceso que se va a seguir. Se consiguen resultados de forma más rápida si a la persona que entra en el programa de intervención se la informa de qué conducta concreta debe emitir a partir de ese momento (descripción precisa de su topografía), en qué condiciones debe emitirla (situaciones, horas, momentos, lugares, etc.), y qué contingencias guardará con respecto al reforzamiento (si se reforzará siempre o solo cuando se haga un número de veces determinado, si aumentará el reforzamiento, si será de un tipo o de otro, etc.). Estas indicaciones - que se denominan "reglas"-, si están bien planteadas y planificadas, ayudan notablemente a conseguir los objetivos previstos, ahorran un tiempo considerable en el proceso de aprendizaje, minimizan los errores y favorecen un estado de ánimo satisfactorio que motiva la ejecución de la conducta. No obstante, si las reglas se cambian a lo largo del procedimiento sin justificación o explicación, provocan el efecto contrario.

4.2. Programas de reforzamiento

Las conductas pueden reforzarse de forma continua, esto es, cada vez que se produzcan (por ejemplo, cada vez que abrimos un grifo sale el agua; cada vez que respiramos entra oxígeno en nuestros pulmones), o de forma parcial o intermitente, o sea, no siempre, aunque sí siguiendo un patrón determinado (por ejemplo, cada fin de semana unos niños pueden ir al cine si han recogido su cuarto de lunes a viernes). Si el reforzamiento continuo es lo más práctico para un aprendizaje rápido, el parcial resulta forzoso de cara a la consolidación de la conducta y la formación de hábitos: ya se ha anotado anteriormente que las conductas reforzadas de forma continua se adquieren pronto, pero también son más sensibles a la extinción si deja de aparecer el reforzador. Además, el reforzamiento parcial se asemeja mucho más a la realidad del reforzamiento social (no se nos refuerza siempre que hacemos algo bien). Por tanto, en casi todos los programas de modificación de

conducta debe programarse un proceso por el que se acabe reforzando la conducta por medio de algún tipo de programa. De este modo, la conducta adaptada resultará, a la larga, mucho más estable, será más fácil que se mantenga por los reforzadores naturales y se generalizará.

Los programas de reforzamiento intermitente que más se emplean en la práctica en modificación de conducta son los de razón (fija y variable), de intervalo (fijo y variable) y los programas de duración (fija y variable). En general, los programas de intervalo y de duración arrojan tasas de respuesta más bajas que los programas de razón. Por supuesto existen muchos otros programas combinados que aquí no se van a incluir, pero que pueden funcionar bien en algunos casos.

4.2.1. Programas de razón

A) Razón fija

En un programa de razón fija, el reforzador se suministra después de un número fijo de respuestas con independencia del tiempo transcurrido. Por ejemplo, en un programa de hacer problemas de matemáticas a razón fija seis (RF6), el reforzador (el premio, en este caso) se da cuando se presentan seis problemas resueltos correctamente. Este tipo de organización del refuerzo se denomina también trabajo a destajo y, en general, provoca la emisión de un número alto de respuestas. Otro ejemplo de evaluación en el ámbito académico podría ser programar los exámenes con una RF3, que correspondería a realizar el examen tras haber estudiado o enseñado tres temas (con independencia de su extensión o el tiempo requerido para su aprendizaje). Se entiende que realizar un examen puede parecer poco reforzante, pero la consecuencia de avanzar en la materia o liberarla sí pueden suponer poderosos reforzadores para un estudiante. Por supuesto, en los programas se puede incrementar progresivamente (de acuerdo con las conductas objetivo buscadas y las características del sujeto) el número de conductas que deben verificarse para alcanzar el refuerzo. Aunque la conducta se emite de forma continua con este tipo de programas, pueden observarse pequeñas pausas postrefuerzo.

B) Razón variable

En el programa de razón variable, el refuerzo aparece después de emitir un número de respuestas, pero este número no es fijo, sino variable. El ejemplo más característico de razón variable se observa en el funcionamiento de las máquinas tragaperras. En este caso, el sujeto tiene que apostar varias veces, pero el premio puede salir a la segunda o después de quinientas apuestas. La máquina ha de dispensar los premios estipulados (una media establecida), pero el momento de concederlos varía. Este tipo de programas mantiene al sujeto emitiendo respuestas de forma alta y continua y resulta muy resistente a la extinción. En el ámbito académico, un profesor que siga un programa de razón variable cinco (RV5) pondrá, de media, un examen cada vez que se hayan dado cinco temas, pero el primer examen puede ponerse tras haber estudiado dos temas, el siguiente tras seis temas, el siguiente tras ocho temas y el siguiente tras cuatro temas; los alumnos no conocen esta secuencia.

4.2.2. Programa de intervalo

A) Intervalo fijo

En estos programas el estímulo reforzador aparece tras la primera respuesta que tiene lugar después de transcurrido un período de tiempo fijo tras la anterior respuesta reforzada. Por ejemplo, en un programa de intervalo fijo de dos minutos (IF2), el sujeto será reforzado por la siguiente respuesta que emita después de que pasen dos minutos de la anterior respuesta reforzada. Un ejemplo sería el del alumno que levanta la mano para dar la respuesta correcta, pero una vez que ya ha respondido, debe esperar a que pasen al menos dos minutos para volver a tener ocasión de levantar la mano y responder a otra pregunta. Es característico también del ámbito académico la organización a intervalo fijo del periodo de exámenes en fecha preestablecida. En estos casos, el sujeto estudia muy poco justo después de acabar los exámenes (es decir, que se produce una pausa grande tras la obtención del reforzador), pero según se acercan los siguientes incrementa su tasa de estudio, siendo esta significativamente más alta poco antes de la llegada del examen. Por esta razón, en los registros acumulativos, este

programa genera una gráfica característica, con festones.

Los programas de intervalo pueden dividirse, a su vez, en programas de intervalo simples y programas de intervalo con margen limitado. En este último caso, la respuesta debe efectuarse dentro de un margen temporal, pues más allá de él no se obtiene el reforzador. En realidad, el ejemplo de los exámenes universitarios suele corresponder a un programa de margen limitado, pues más allá de una fecha tampoco sirve que el sujeto emita la respuesta. Este tipo de programas se aplican bastante, por su eficacia, en la modificación de conducta.

B) Intervalo variable

En estos programas, el reforzador se otorga después de un intervalo de tiempo, pero no a intervalos fijos, sino variables. Por ejemplo, un programa de intervalo variable de cinco minutos (IV5) indica que el primer reforzador puede aparecer al cabo de un minuto, el segundo al cabo de siete, el tercero tras cuatro minutos, el siguiente tras dos minutos, el siguiente tras nueve minutos y el último tras siete minutos (la media es igual a cinco minutos). En el ámbito académico supondría poner exámenes a intervalos variables (por ejemplo, el primero tras dos semanas, el siguiente tras cinco semanas, el siguiente tras una semana, etc., que al final supusieran un intervalo medio de un examen cada tres semanas); como en el caso de la razón variable, los alumnos desconocen la secuencia temporal. Este tipo de programas llevan a un tipo de estudio más continuo, sin los parones característicos del programa de intervalo fijo.

Una aplicación del intervalo variable con margen limitado especialmente fructífero para el contexto pedagógico se ve en una aplicación del "juego del despertador". Básicamente, consiste en informar a los sujetos de que se programará un despertador que sonará después de un periodo de tiempo imprevisible (lógicamente, se amolda según la edad y las características de los implicados), y que si justo en el momento en que suena están llevando a cabo la actividad deseada (por ejemplo, pintar tranquilamente, jugar de forma colaborativa, estudiar, etc.) ganarán puntos que podrán canjear por un

reforzador apreciado por ellos (por ejemplo, ver una película que les gusta mucho).

4.2.3. Programa de duración

En estos programas, el refuerzo se produce después de que la conducta aparezca de forma continua durante un periodo de tiempo. En los programas de Duración Fija (DF) el periodo de tiempo durante el que hay que estar emitiendo la conducta se mantiene constante, mientras que en el de Duración Variable (DV) cambia de forma no predecible para el sujeto (aunque, como en los programas anteriores, tiene un promedio establecido de antemano por el modificador).

Un ejemplo de este tipo de programa (en su formato variable) en la vida cotidiana puede ser tratar de cruzar una calle bastante transitada: hay que estar atento todo el tiempo y, de este modo, en un momento dado, aparece la oportunidad de cruzar. Mantener la atención en clase y ser preguntado por el profesor en un momento dado sería otro ejemplo en el ámbito académico.

Con este tipo de programas se organizan periodos largos de conducta sostenida, pero no se dan pausas post-refuerzo (o son muy breves).

4.3. Proceso de aplicación del reforzamiento

De acuerdo con la información anterior, estos son los pasos que deben darse en el proceso de reforzamiento positivo de una conducta deseable:

1. Seleccionar el comportamiento que se quiere incrementar. Es imprescindible que esta conducta sea lo más específica y operativa posible. Además, el sujeto debe tener conocimiento, en la medida en que resulte posible, de las condiciones en que debe emitirla, qué conducta se le pide, cómo se reforzará, etc.
2. Elegir los reforzadores adecuados para la persona. Se seguirán aquí las indicaciones dadas anteriormente: considerar qué elementos reforzarán más al sujeto (si esto no se ve con claridad, puede recurrirse al principio de

Premack) y seleccionar aquellos que puedan darse con continuidad pero sin saciar, equilibrados respecto a la intensidad de la conducta, etc.

3. Tener en cuenta el estado motivacional del sujeto. Esto es, considerar la situación de privación o saciedad frente a los reforzadores que se van a emplear.
4. Seguir las indicaciones de una correcta aplicación de los reforzadores, de acuerdo con los consejos que se dieron en el apartado 4.1.4. Y considerar también si se aplicarán de forma continua o siguiendo algún programa de reforzamiento, o si se combinarán ambos pasando, al cabo del tiempo, del reforzamiento continuo al intermitente.
5. Programar el paso del reforzamiento artificial (si es el que se ha empleado) a uno natural, que mantendrá a la larga el comportamiento deseable.
6. Anticipar posibles dificultades que pueden surgir al implementar el programa. Habrá que tener en cuenta tanto problemas que pueden provenir bien del sujeto implicado, bien de los administradores de la intervención (padres, profesores, etc.); y, en particular, valorar si no existe la posibilidad de reforzar conductas próximas a la buscada pero que resulten indeseables y de obtener el reforzador de forma no contingente.
7. En caso de que resulte imposible o muy difícil ejecutar un reforzamiento directo y real, y la persona tenga capacidad cognitiva, se valorará la posibilidad de llevar a cabo un reforzamiento encubierto; esto es, una estrategia en que el sujeto imagina que lleva a cabo la acción deseada y luego imagina que se le refuerza contingentemente de la manera prevista. El reforzamiento encubierto muestra su eficacia cuando el participante está motivado y particularmente en problemas con algún componente de ansiedad.

4.4. Ejemplo aplicado: el caso de Raúl

Raúl, de cincuenta y cuatro años, acude a consulta para cambiar hábitos

alimenticios, ya que le han diagnosticado recientemente hipertensión arterial. Como, a pesar de intentarlo, fácilmente abandona estos hábitos, se habla con su familia, mujer e hija, para que le premien cuando mantenga la dieta al menos cuatro días a la semana. Todos juntos acuden a la consulta del modificador.

M (Modificador): Bueno, como ya os comenté por teléfono, para que Raúl consiga mantener los nuevos hábitos de alimentación hace falta que colaboremos todos. Al principio, creo que se le debe premiar cuando en una semana logre mantener la dieta al menos cuatro días. Ahora vamos a escribir una lista de posibles recompensas que realmente le incentiven. Cuéntame tú, Raúl, ¿qué te gustaría hacer?

R (Raúl): Pues no sé, la verdad.

M: Tiene que ser algo que a ti te apetezca y sea relativamente fácil de conseguir, y que tu familia pueda dártelo.

R: Ir al cine el fin de semana ¿está bien?

M: Sí, está bien. ¿Quieres ir tú solo, con tu mujer o los tres?

R: Los tres estaría mejor, para variar.

M: Muy bien. ¿Quieres ser tú el que elija la película?

R: Sí, claro, aunque también me suele apetecer la que elige mi mujer.

M: Está bien. ¿Qué os parece a vosotras?

P (Esposa e hija): Estaría bien.

M: ¿Hay algo más que te motivaría para estar esos cuatro días sin saltarte la dieta? ¿Algo más del día a día, para no tener que esperar hasta el fin de semana?

R: Dar un paseo por El Retiro los tres juntos, que antes lo hacíamos muchos días y ahora hace un montón que no vamos y me apetece desde hace tiempo.

M: Buena idea. Es más, te ayudaría mucho con tu tema arterial. ¿Qué opináis? ¿Es posible?

P (Esposa e hija): Sí, sí, no estaría mal.

M: Entonces, cada día que Raúl mantenga la dieta, se da el paseo. Continúa, Raúl.

R: ¡Ah! Y como un premio especial, me gustaría ir a un sitio de estos con piscinas y chorros donde te dan masajes.

M: ¿Me refieres a un spa?

P: Sí, eso. Para mi mujer y para mí. Si estoy un mes cumplidor sería un magnífico regalo.

M: Bueno, ¿qué os parece la lista?

P (Madre e hija): Nos parece bien, no son cosas que no podamos hacer. Y estaríamos disfrutando juntos.

M: Estupendo. Queda entonces también ese premio especial para si durante cuatro semanas se mantienen los buenos hábitos. Es muy importante que cada vez que Raúl consiga los objetivos, vosotras hagáis lo que está en la lista, no debe haber excusas, y así él vea que seguir la dieta tiene un beneficio mayor que no seguirla, además de cuidar su problema de salud, que es lo que funcionará a la larga para que se sigan los buenos hábitos. O sea, que ahora hacemos este plan, y luego ya podremos, si queremos, cambiar alguna cosa. Raúl: te voy a dar también este registro para que apuntes qué días consigues cumplir con la dieta, y qué premio has recibido. Me pones el diario (paseo por El Retiro), el semanal (el cine) y el mensual cuando llegue (el spa). Quiero que lo tengas muy presente, visible

en casa, especialmente a las horas de la comida, pues eso te ayudará cuando entren las tentaciones. Lo vemos la semana que viene, ¿de acuerdo? ¡Ah! También es muy importante que vosotras le felicitéis cada vez que se ciña a lo pactado, y tú también Raúl, debes decirte a ti mismo que lo has hecho muy bien y que te mereces la felicitación.

5

Moldeamiento

El moldeamiento, el encadenamiento de conductas y el desvanecimiento son tres procedimientos dirigidos a crear nuevas conductas. En los tres casos, se trata de un tipo de creación progresiva y ajustada a una sistemática, que se explicará a lo largo de los tres temas siguientes. Estas técnicas se desarrollaron debido a que, en muchos casos, no se puede emplear un reforzamiento directo de las conductas deseables (tal y como se propuso en el capítulo 4), por la imposibilidad de que estas aparezcan espontáneamente al no formar parte del repertorio de la persona. Esto no significa que el reforzamiento no esté presente, sino que no se refuerza la conducta "acabada", solo aproximaciones, esbozos de esta, partes de ella o su emisión con ayudas que luego se eliminan. En este primer tema se comenzará por la más elemental o básica, el moldeamiento, haciendo también mención a sus posibles variantes. En el siguiente se expondrá el proceso de desarrollo del encadenamiento conductual y en el tercero con la presentación, en el capítulo 7, del desvanecimiento.

5.1. Qué es el moldeamiento

Escribir correctamente es un ejemplo de moldeado (o moldeamiento). Nadie nace sabiendo ejecutar una grafía legible y solo tras años de práctica, tras un largo proceso, lo consigue. Tomando exclusivamente el ejemplo de hacer una letra clara, se entenderá fácilmente que no puede esperarse que un niño trace espontáneamente unas letras bien hechas para, justo en ese momento, reforzarle. No hay más remedio que reforzar los elementos o pasos que conducirán a ese resultado final; por enumerar solo algunos: coger un lápiz con la firmeza suficiente, pintar dentro de la hoja, hacer formas que, a partir de un garabato, empiecen a semejarse a letras, trazar una letra del alfabeto reconocible, ajustar la presión y el tamaño a una letra convencional, etc.

De forma más técnica, este proceso - el moldeamiento - se define como el reforzamiento sistemático de pequeños pasos o aproximaciones sucesivas a una conducta terminal u objetivo. En este camino se refuerzan los pasos sucesivos programados al tiempo, según se avanza, que se extinguen las aproximaciones previas a esa conducta terminal. Por esto se comprenderá lo fundamental de establecer con precisión cuál sea la conducta terminal y qué corresponde a cada uno de los pasos.

Existen multitud de ejemplos de comportamientos que son formas de moldeamiento, desde conductas que la mayoría de las personas adquiere, como, por ejemplo, pronunciar las palabras de forma reconocible o formular frases correctas gramaticalmente, pasando por otras más elaboradas, como nadar, practicar determinados deportes sencillos, hasta llegar a algunas realmente complejas, como conducir un coche, actuar de forma asertiva, dominar un arte marcial, practicar ballet, etc. En todos estos casos, las primeras muestras de esas acciones serán atendidas. Así, por ejemplo, en el proceso de hablar, el balbuceo inicial y la repetición de "ma-ma", serán muy reforzadas por los padres; pero, a la larga, estos esperan (y refuerzan) formas más desarrolladas de comunicación, extinguiendo lo que antes eran esbozos de la conducta terminal. En este tipo de casos, se sigue una sistemática, aunque los padres no son conscientes de ello. Por contacto social, todo el mundo aprende que la manera de dirigirse a un niño pequeño no es igual que la empleada con uno más mayor o con un adulto. En cambio, para la adquisición de conductas más especializadas o particulares, hace falta una formación concreta que posibilite convertirse en un instructor de esas acciones (por eso, para aprender a conducir, a esquiar, a hablar otro idioma, a nadar, a ser asertivo, etc., recurrimos a monitores especializados). Así mismo, enseñar a hablar a un niño sordo requiere una compleja especialización y un conocimiento más acabado de los procesos de prerrequisitos y aproximaciones sucesivas que supone el moldeamiento.

Por otro lado, el moldeamiento también se aplica con conductas que sí puede poseer el sujeto en su repertorio comportamental, pero que es incapaz de emitir en una determinada tasa o continuidad, lo que acarrea que su

probabilidad de aparición sea muy baja o nula y, por tanto, no se puedan reforzar contingentemente. Por ejemplo, una persona puede saber nadar, pero, por la ausencia de forma física y la falta de costumbre, ser incapaz de completar un largo de piscina. En estos casos, conseguir una ejecución de la conducta de nadar que contribuya a mejorar la forma física (por ejemplo, llegar a nadar durante veinte minutos) se logra por moldeamiento, reforzando, paso a paso, el que se naden distancias cada vez un poco mayores.

En los casos descritos puede parecer que el reforzamiento en el moldeamiento es social (y artificial); esto es, dirigir la atención, estimular, ayudar con la compañía, animar, facilitar el movimiento o la ejecución, etc. Durante el proceso, sin embargo, el verdadero reforzamiento es el que se logra por la ejecución acabada de la conducta. Así, el niño que primero dice "aba", luego "agua" y, finalmente, "quiero agua, por favor" obtiene el reforzador de beber y saciar su sed. Y lo mismo acaba ocurriendo cuando se aprende a conducir y el coche se convierte en el método de desplazamiento, cuando se hace ejercicio físico que repercute positivamente en la salud, cuando se desarrollan la asertividad y las habilidades en las relaciones sociales y se establece un buen círculo social, cuando se aprende a dar la mano con una fuerza adecuada y se causa una buena impresión, etc. En síntesis, en todos los casos, lo que se procura a la larga es que sea un reforzador natural el que mantenga lo aprendido. Este reforzador debe quedar bien identificado desde el principio, pues de él depende la estabilidad a largo plazo y la consolidación final de la conducta aprendida.

Por último, el moldeamiento se puede emplear igualmente para reducir conductas que se repiten en exceso. En estas ocasiones, las aproximaciones sucesivas se orientan a reforzar el llegar a emitir un número de veces normalizado la conducta adaptada. Por ejemplo, existen aplicaciones de moldeamiento para comportamientos como ir un número de veces al baño; pero, de acuerdo con la lógica del procedimiento, no se espera que alguien pase de ir diez veces cada tres horas a ir solo dos. Por supuesto, el moldeamiento también puede tener efectos contraproducentes cuando se aplica al aprendizaje de comportamientos inadecuados. Muchas veces el

hábito de autolesionarse por parte de personas con deficiencias cognitivas que, mediante ellas, llaman la atención de los sujetos que están alrededor puede haberse adquirido progresivamente por medio de moldeamiento.

5.2. Aplicación del moldeamiento

Para alcanzar un buen resultado con la técnica del moldeamiento, hay que planificar su introducción de forma precisa y seguir siempre una serie de pasos. La sistemática en este proceso será la clave del éxito del programa.

5.2.1. Concreción de la conducta final o terminal

En primer lugar, el modificador debe especificar cuál es la conducta que se persigue emitir una vez alcanzado el último nivel del proceso de moldeamiento. Así, por ejemplo, en el caso de aprender a conducir, puede ponerse un criterio como aprobar el examen por el que se obtiene el permiso de conducción o, en el ejemplo de alcanzar un determinado nivel físico, puede ser llegar a andar (o correr) cinco kilómetros cada día. Sin embargo, en otros casos cuesta mucho dar con criterios tan fácilmente reconocibles, y habrá que especificar la topografía de la conducta final deseada. Por ejemplo, en una ejecución física moderadamente sencilla (una voltereta de un niño) se concretará cómo debe ser el movimiento y la posición del cuerpo; y en una compleja, como la de una patinadora artística, será conveniente tener fijados con detalle los movimientos, la velocidad, la latencia, la precisión, etc., de su ejercicio.

5.2.2. Concreción de la conducta inicial

También debe saberse exactamente cuál es nivel inicial de la conducta que se va a moldear. ¿Existía en el pasado? ¿Se crea por primera vez? ¿Se da en un nivel determinado ciertos días o en ciertas condiciones? Como se puede comprobar, la exactitud de la línea base es fundamental. Esos niveles iniciales de la conducta ya fijados son los que comenzarán a reforzarse, en el primer estadio. Por ejemplo, un paseo hasta el quiosco para comprar el periódico puede señalarse como la conducta inicial para alguien de quien se

quiere lograr que camine todos los días cinco kilómetros.

5.2.3. Concreción de los pasos que seguir en el proceso

Quizá la parte más difícil en la técnica de moldeado esté en el establecimiento de los distintos escalones por los que hay que avanzar para llegar a la conducta final. No deben proponerse pasos tan pequeños que desmotiven al sujeto y representen una pérdida de tiempo por su excesiva repetición, pero tampoco tan grandes que impliquen un salto cualitativo que haga muy difícil o imposible seguir avanzando. Así, por ejemplo, el monitor de esquí no mantiene durante meses a la persona que aprende a esquiar en pistas verdes y haciendo cuña. Y, por mencionar el caso de un salto excesivo, el profesor de autoescuela no exige que el primer día se conduzca por una autopista plagada de vehículos o se estacione el vehículo perfectamente.

De antemano no pueden fijarse un número exacto de pasos, aunque sí existen en las conductas más habitualmente enseñadas por moldeamiento unas aproximaciones. Por eso, muchas veces las autoescuelas publicitan paquetes que van desde las veinte a las cuarenta clases, un número con el que la mayor parte de los sujetos aprueba el examen. Lo mismo ocurre con otras habilidades deportivas o con la estructuración escolar de la enseñanza para leer y escribir. Sin embargo, el modificador de conducta tendrá que enfrentarse con más frecuencia a los casos particulares en los que hay que ayudar a la elaboración de conductas adaptadas. En estas situaciones, la observación de los progresos, su ritmo, los niveles iniciales, la velocidad a la que se han adquirido conductas semejantes a la que se quiere enseñar, el aprendizaje de sujetos similares en parecidas circunstancias y las características del sujeto en general son elementos necesarios para la elaboración de los pasos a seguir en el entrenamiento.

También debe advertirse que, para el reforzamiento de los pasos, deben escogerse unos reforzadores adecuados. Para ello, pueden recordarse las indicaciones que se dieron en el capítulo 4. No obstante, como se ha dicho anteriormente, el reforzador final que mantendrá la conducta terminal debe ser un reforzador natural.

5.2.4. Concreción del ritmo de progreso

Por último, en el moldeamiento hay que reforzar un número adecuado de veces cada fase. Ese reforzamiento será continuo (esto es, cada vez que se emita la conducta) y se mantendrá cada nivel hasta que el dominio de esa pre-conducta esté claramente afianzado. Aunque no hay tampoco aquí una regla predeterminada para saber cuánto tiempo mantenerse en una fase y cuántas veces debe ser reforzada (siempre de forma continua) esa conducta, existen algunas orientaciones: 1) no avanzar cuando se observe que, en ausencia de algún reforzamiento, la conducta parece entrar fácilmente en un proceso de extinción. Esto indicaría una insuficiente consolidación y, por tanto, la inconveniencia de avanzar ya a otra fase; 2) si una vez pasado a otro nivel se observa mucha dificultad en la adquisición e implantación, debe volverse atrás y volver a insistir en el nivel anterior o bien crear un escalón intermedio entre ambos niveles; 3) como orientación muy general, conviene saber que la emisión correcta de una conducta siete u ocho veces de cada diez en cada nivel puede considerarse suficiente consolidación. No obstante, la observación continua del proceso y la flexibilidad son elementos claves para el éxito último en un tratamiento con esta técnica.

5.3. Facilitación en la aplicación del moldeamiento

Muchas de las conductas citadas en este capítulo son complejas. Y existe una relación entre el grado de complejidad de las conductas y la necesidad de acompañar el moldeado con métodos de apoyo que se integren en él. Los tres principales métodos de apoyo son: incitaciones, guía física y ejemplificación.

5.3.1. Incitación

La incitación consiste en una indicación verbal que guía la conducta por emitir, de forma que el sujeto cuenta con una información verbal orientativa. Así, por ejemplo, si el profesor de la autoescuela quiere enseñar el cambio de marcha e indica al aprendiz de conductor que para pasar de segunda a tercera no debe llevar la palanca de cambios hasta el punto muerto y luego empujar hacia arriba para meter tercera, sino hacer un movimiento continuo desde

segunda a tercera, está facilitando el moldeamiento con una incitación. Son también incitaciones las palabras que, en la actividad deportiva, motivan, empujan a la persona o estimulan su rendimiento.

5.3.2. Guía física

La guía física se refiere a una ayuda en el plano motriz que facilite el comportamiento en cada uno de los niveles del moldeado. Para consumir la conducta con precisión se recurre al contacto físico. Por seguir con el ejemplo de aprender a conducir, si el profesor coloca su mano encima de la del aprendiz que está cogiendo la palanca de cambios y Junto con la de él empuja la palanca desde la segunda a la tercera marcha, está añadiendo una guía física. Lógicamente, la guía suele venir mejor en los primeros ensayos de cada nivel y luego debe ir disminuyendo.

5.3.3. Ejemplificación

Por último, la ejemplificación consiste en que el que enseña se pone como modelo para ser imitado en la emisión de la conducta. En el caso de la conducción, el profesor podría coger él mismo el volante en la posición horaria de 10:10 para mostrar una correcta posición al conducir.

5.4. Ámbitos de aplicación

Aunque el moldeamiento se ha aplicado en numerosos ámbitos, se enumeran aquí varias categorías para organizar los campos donde más suele emplearse: 1) la educación especial (incluyendo autismo y deficiencia cognitiva); 2) la rehabilitación de las funciones motoras (por ejemplo, por enfermedades o accidentes que las hayan deteriorado); 3) la instrucción académica (los ejemplos de escribir y leer, hacer cuentas, etc. son paradigmáticos del moldeamiento); 4) el tratamiento de determinadas disfunciones sexuales que requieren acercamientos progresivos; 5) la consecución de comportamientos prosociales (saludos, miradas, presentaciones... adecuadas); 6) la adquisición o mejora de capacidades discriminativas y perceptivas (cuando se requiere progresar en la captación de unos estímulos, por ejemplo cuando se debe

controlar una pantalla); 7) las habilidades motoras de todo tipo (como en el caso de las actividades deportivas, el baile, la gimnasia, etc.).

5.5. Ejemplo aplicado: el caso de María

María tiene ocho años. Ha sido derivada por su profesora de Segundo de Primaria porque presenta distintos retrasos y alteraciones en su aprendizaje. Se están llevando a cabo varios tipos de intervenciones para corregir esta situación y la que se presenta a continuación tiene como finalidad facilitar la adquisición de conductas previas que posibiliten el proceso de escritura. En concreto, se va a asegurar una correcta motricidad fina en relación con la pinza que debe formar con los dedos de la mano para sujetar bien el lápiz. El planteamiento consiste en llevar a cabo con María actividades que la vayan aproximando a una correcta sujeción del lápiz que permita el trazado correcto de lo que quiera escribir o pintar.

En este momento del proceso, se trabajan actividades para el desarrollo de la pinza superior (la que se hace con la punta de los dedos), dado que María ya es capaz de coger objetos usando la mano entera (pinza inferior), siendo esta la línea base de que parte en el siguiente procedimiento. La primera tarea que se le propone consiste en meter las canicas de cada color en su botella correspondiente. El uso de canicas de tamaño pequeño obliga a María a usar la punta de los dedos, con lo cual ejercita así la pinza superior.

M (Modificador): Bien, María. Hoy vamos a jugar. ¿Ves que encima de la mesa tenemos canicas de dos colores? Hay canicas rojas y azules. Lo que vamos a hacer es coger las canicas y meterlas en la botella del mismo color. Las rojas en la botella roja y las azules en la botella azul.

Ma (María): [Asiente con la cabeza.]

M: Muy bien. Ahora que ya hemos empezado, vamos a intentar coger las canicas con solo dos dedos, no con la mano entera: con este dedo (le señala el pulgar) y este otro dedo (le señala el índice) nada más.

Ma: ¿Así? [Hace el gesto con los dedos.]

M: Eso es, solo con esos dos dedos. Ahora tenemos que intentar usar solo la punta de los dedos. Muy bien... sigue así. Lo estás haciendo muy bien.

[El procedimiento sigue durante diez minutos.]

M: Fenomenal, María, lo has hecho tres veces y cada vez más rápido. ¿Sabes que voy a hacer? Te voy a regalar estas canicas y estas dos botellas para que lo hagas tú en casa. Todos los días metes las canicas de cada color en su botella. ¿Vale?

[Pasan cuatro días.]

M: Hola, María. ¿Has jugado en casa con las canicas estos días?

Ma: Sí.

M: Genial. Hoy lo que vamos a hacer es seguir jugando con las canicas, pero usando otros dedos.

Ma: ¿Otros dedos? Y ¿cómo?

M: Vamos a usar este otra vez (señala el pulgar) y este (señala el dedo corazón) para coger estos corazones de madera que tengo aquí, y los vamos a meter en esta caja. Venga, empezamos.

[Comienza la práctica, que le cuesta.]

Ma: Se me caen.

M: Bueno, pero para eso estamos practicando. Sigue así. ¡Mira, ya no se te caen! ¡Lo haces muy bien!

Ma: Sí. [Sonríe.]

M: Muy bien, ahora que hemos cogido todos los corazones vamos a usar otro dedo y vamos a coger otra cosa. Vamos a usar este (señala el dedo anular) y el de siempre, el pulgar; mira, así (el modificador se lo muestra y también coloca la mano de María para guiarla). Con estos dedos vamos a coger los aros y los vamos a meter en la caja.

Ma: ¿Así?

M: Sí, muy bien, eres toda una experta ya. Y por último, utilizamos el último dedo, el que quedaba (el meñique) para coger los cubos pequeños. [La niña lo hace.] Estupendo. Se te da muy bien. Ya coges todo con cualquier dedo. Venga, igual que las canicas te voy a regalar estos corazones y los aros para que hagas tú en casa igual que aquí.

[Pasan cuatro días.]

M: Bueno, María, me ha comentado tu madre que has estado practicando estos días en casa cogiendo las canicas, los corazones y los aros. Por lo bien que lo has hecho, hoy vamos a pintar un dibujo. ¿Qué te parece?

Ma: ¡Bien!

M: ¿Qué te apetece pintar?

Ma: ¡Un jardín!

M: Estupendo. A ver qué le ponemos... ¿habrá sol? [María asiente.] Muy bien, pues vamos a empezar dibujando el sol. Así que cogemos el lápiz con este dedo (el índice) y este (el pulgar), como con las canicas. Eso es, y los demás dedos los cerramos, así, para coger más fuerte (el modificador guía los dedos para que los cierre). ¿Qué tal? ¿Estás cómoda sujetando el lápiz?

Ma: Bueno...

M: No hace falta que aprietes tanto, puedes abrir un poco la mano, así.
¿Qué tal ahora?

Ma: Mejor.

M: Bueno, pues hagamos el sol ahora. ¡Eh! lo estás dibujando muy bien.

[Sigue la aplicación.]

6

Encadenamiento de conductas

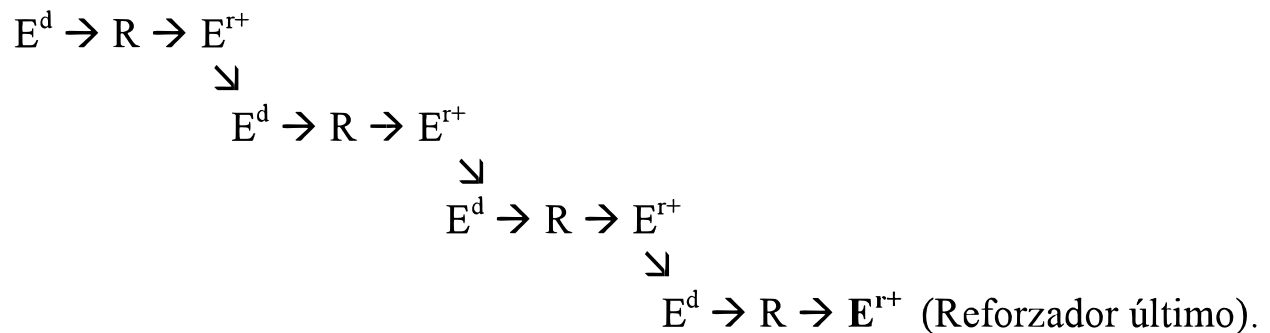
La mayoría de los comportamientos humanos se han desarrollado a través de la combinación del moldeamiento y del encadenamiento de conductas. Y, aunque aquí, por razones didácticas, se distingue entre las dos técnicas, en realidad en el momento del aprendizaje ambos procedimientos suelen funcionar de forma entrelazada. Para comprender el encadenamiento de conductas, en primer lugar, debe recordarse qué es una conducta desde el punto de vista de la modificación de conducta, tal y como se expuso en el capítulo 1 de este libro. Entonces se explicó que una conducta debía entenderse como una "conexión" o "enlace" entre elementos (estímulos, respuestas, consecuentes). Cada conjunto de estos tres elementos (una conducta) conformaría un eslabón, y una cadena se compondría de muchos eslabones, por eso se habla de encadenamiento de conductas. Como en el capítulo precedente, en las páginas que siguen se define de forma más precisa el encadenamiento de conductas y se incluyen distintos ejemplos de esta técnica, se diferencia el moldeamiento del encadenamiento y se expone el procedimiento que debe seguirse para garantizar el éxito en su puesta en práctica. Como siempre, un ejemplo final ilustrará su aplicación en un caso real.

6.1. Qué es el encadenamiento de conductas

El encadenamiento supone enlazar, combinar conductas sencillas para formar conductas más complejas, o de orden superior, que posibilitan el alcance de un reforzador distinto (o reforzador último). Lo que sucede en un encadenamiento es que las conductas se ordenan de forma que el reforzador del eslabón anterior funciona como estímulo discriminativo de la siguiente respuesta, y así hasta la última conducta que permitiría conseguir el reforzador perseguido en último término.

Así, por ejemplo, para comerse un filete hay que combinar varias conductas distintas (sostener los cubiertos, cortar los trozos de carne, pincharlos, llevárselos con precisión a la boca, masticarlos convenientemente y tragarlos). Para formar esta cadena, que posibilita ese reforzador último, tragar el trozo de filete, algunas de estas conductas quizás han tenido que moldearse específicamente para esta conducta; en otros casos, es posible que todos los eslabones estuvieran ya presentes en el repertorio comportamental y lo novedoso es la secuencia de conductas que ahora se incorpora.

Si se emplea una formulación más técnica, el encadenamiento puede describirse con la terminología: Ed (Estímulo discriminativo), R (Respuesta) y E' (Estímulo reforzador positivo) de la siguiente manera:



El esquema sirve para ilustrar que el Er+ del eslabón anterior es, para el eslabón siguiente, el Ed. Esto es, el mismo elemento o componente tiene una función distinta en cada una de las conductas. Así, por ejemplo, el trozo del filete cortado funciona como el reforzador para la acción anterior de serrar con el cuchillo, pero, a la vez, es el discriminativo para la acción de pincharlo con el tenedor. Y, a su vez, el que esté pinchado con firmeza (y no se caiga) será el discriminativo para la acción de llevárselo a la boca.

Otro ejemplo, que incluye más elementos, puede resultar también esclarecedor de esta técnica: preparar un huevo frito. Pese a lo que pueda parecer tras una repetida práctica en su elaboración, es esta una cadena conductual compleja, que se compone de muchas conductas que deben encadenarse. En esta ocasión, se debe, en primer lugar, poner la sartén en el fuego, encender la cocina, y echar el aceite; una vez que este esté caliente,

cosa comprobable por el humo (reforzador de que se ha calentado), llega el momento (discriminativo) de romper la cáscara y echar el huevo (y si esta conducta no se domina debe moldearse). A su vez, que el huevo esté en la sartén y se comience a hacer, será la clave para echar la sal o, con la espumadera, verter algo de aceite sobre el huevo. Ver torradas las esquinas puede servir como discriminativo para sacarlo y así, al final, tener el reforzador último de poder comerlo. Como se puede comprobar, un reforzador cualitativamente distinto que no se alcanzaría si no se hubiese construido toda la cadena.

Existen diferencias conceptuales entre el moldeamiento y el encadenamiento. En el moldeado se aprenden pequeños pasos para formar una conducta que sirve en sí misma. Lo realmente práctico es esa conducta final o terminal, y no los pasos, pues estos constituían en realidad esbozos o aproximaciones a la conducta que se perseguía (o pre-conductas). Así, por ejemplo, se reforzaba pronunciar una palabra de forma aproximada, pero solo para que, al fin, se lograra pronunciar bien esa palabra. En cambio, el encadenamiento está compuesto por conductas distintas, y que ya de por sí sirven, pero se encadenan con otras conductas para componer otra más compleja. Así, sostener los cubiertos sirve no solo para pinchar un trozo de filete, sino también para comer otras cosas. En resumen, en el moldeamiento un paso no suele servir en sí mismo para nada (más que en el proceso de aprendizaje) y, por eso, se extingue cuando se avanza hacia el paso superior. En cambio, en el encadenamiento, nunca se extingue ningún paso: todos hacen falta cada vez que se compone la conducta de orden superior para lograr los reforzadores finales.

Hay también diferencias en la forma de aprender el encadenamiento y el moldeamiento. De forma muy sintética, puede decirse que en el moldeamiento la conducta siempre se aprende "en el orden natural" o hacia delante, mientras que en el encadenamiento existe la posibilidad de aprenderla "hacia atrás", como se explica posteriormente en el apartado 6.3.

Por último, otras diferencias entre ambas técnicas se asocian al ambiente donde se aprende una y otra (más estructurado en el caso del

encadenamiento, frente a uno abierto para el caso del moldeado) y el acompañamiento de instigadores verbales y/o físicos (más corrientes en el caso del encadenamiento que en moldeado).

Aunque aquí se explicarán cadenas conductuales para el aprendizaje de comportamientos adaptativos, de forma natural muchas veces se forman cadenas para las inadaptadas. Así, por ejemplo, en ocasiones la manera de comer de personas obesas está constituida por cadenas inadecuadas en que la secuencia de llenarse en exceso el plato, llevar mucha cantidad de comida a la boca, masticar al tiempo que se prepara ya el siguiente bocado, etc. facilita el que se coma muy deprisa y se perpetúen hábitos inadecuados de ingesta.

6.2. Aplicación del encadenamiento de conductas

El encadenamiento puede ponerse en práctica de varias formas. Se expondrán en primer lugar los requisitos para que la técnica funcione y, a continuación, las distintas modalidades de enseñanza que se pueden emplear.

6.2.1. Análisis de los componentes de la cadena

Antes de comenzar el procedimiento, se requiere de un análisis detallado de las conductas que van a componer la cadena. Este análisis consiste en descomponer todo el procedimiento en eslabones sin los cuales el reforzador final se volvería inasequible. Cada eslabón es una conducta simple, pero necesaria para la continuidad de la acción. Hay que tener en cuenta que si un eslabón (una conducta determinada) no está en el repertorio del que aprende, la cadena se cortará y será imposible el aprendizaje total de la secuencia. Por esto, hay que asegurarse previamente de que el sujeto que aprende la cadena posee todos los pasos previamente y, de no ser así, empezar por su adquisición (por ejemplo, con moldeamiento) antes de enseñar la cadena conductual.

Establecer cómo deben ser de concretos los pasos no es siempre fácil. Así, por ejemplo, para un cocinero experto, que aprende una cadena para preparar una receta compleja, puede bastar con eslabones como: 1. Batir las claras a

punto de nieve; 2. Pochar la cebolla; 3. Preparar la bechamel; etc. En cambio, para un adolescente, que aprende a freír un filete, serán mucho más específicas, por ejemplo: 1. Verter dos cucharadas de aceite en una sartén; 2. Esperar a que salga un poco de humo; 3. Pinchar el filete y depositarlo en la sartén; 4. Echarle encima una pizca de sal (una cantidad pequeña cogida con la punta de los dedos); etc.

En todos los casos, deben percibirse con claridad los pasos o avances de un eslabón a otro (es decir, los discriminativos que contralan cada uno). También es conveniente que los discriminativos en cada ocasión sean distintos, pues de lo contrario podrían saltarse eslabones imprescindibles para la cadena.

6.2.2. Estrategias para el seguimiento de la cadena

En muchos casos, es útil que los aprendices con un adecuado desarrollo de la lectura tengan redactados los distintos pasos y puedan leerlos en caso de duda. Cuando esta destreza no está adquirida, puede recurrirse a otras estrategias que recuerden el orden de la secuencia (dibujos, esquemas, elementos físicos, repetirse verbalmente los pasos, etc.). No obstante, no siempre hay que servirse de estrategias si la cadena se conoce suficientemente y está claro que está memorizada correctamente.

6.2.3. Ensayo del encadenamiento con modelado

Igualmente, son aconsejables los ensayos previos en que un modelo lleva a cabo la cadena, al tiempo que verbaliza las acciones. Además, supervisará la correcta realización del ensayo de la cadena por parte del aprendiz. De esta manera, en la puesta en práctica real se cometerán menos errores.

6.2.4. Empezar el entrenamiento del encadenamiento

A continuación, se motiva el inicio de la cadena, de forma que se lleve a cabo, de manera ya autónoma, el procedimiento. Si se observan muchas equivocaciones o titubeos, o no se inicia en absoluto, habrá que detener el

procedimiento y volverlo a rediseñar para que se realice de forma efectiva.

Si el aprendiz avanza de forma bastante adecuada, pero con alguna ayuda, se mantendrán estas ayudas en los primeros ensayos, pero luego conviene retirarlas para que no se conviertan en los discriminativos de los eslabones y el sujeto pueda funcionar de manera autónoma.

6.2.5. Valoración de los reforzadores que emplear

En el entrenamiento del proceso deben haberse especificado qué reforzadores sustentarán la cadena. Por supuesto, el reforzador final natural - como ya se mencionó - será el que sostenga la cadena y la fortalezca. No obstante, importa también combinar todo el proceso con un reforzamiento social que estimule y anime al aprendiz según avanza correctamente en el procedimiento. Eso sí, cuando se consolida el procedimiento y la persona alcanza una y otra vez el reforzador final, deberán desvanecerse estos reforzadores sociales que acompañan el entrenamiento.

6.3. Formatos de aprendizaje del encadenamiento de conductas

Existen tres modalidades distintas para aprender por medio del encadenamiento: presentación total de la cadena, presentación hacia delante y presentación hacia atrás.

En la primera de estas, el que aprende con este método debe, desde el primer ensayo, realizar todas las conductas que forman parte de la cadena de forma seguida. Se proporcionan señales en cada paso, si hace falta, y se logra el reforzador final al cabo del último paso. Así, por ejemplo, si se desea que un adolescente aprenda a usar la lavadora de forma correcta, se le puede indicar cómo separar la ropa (blanca y de color), echar la cantidad de detergente justa, poner el programa según el tipo de ropa, esperar al centrifugado, sacar las prendas y tenderlas de manera adecuada. La cadena se cita en todos sus pasos y se aprende ejecutando todos los pasos varias veces.

En el método de la presentación hacia delante, se aprende primero el

eslabón inicial de la cadena (que se ensaya el número de veces necesario), después se enseñan y conectan los dos primeros; luego, los tres primeros; y así sucesivamente hasta que la cadena queda completada. Por tanto, aquí, según se lleva a cabo, se refuerza independientemente cada eslabón, aunque al final será la ejecución de toda la cadena lo que conduzca al reforzador buscado. El aprendizaje de la pronunciación correcta de muchas palabras largas o difíciles se adquiere de esta manera. Por ejemplo, para un niño al que le cuesta pronunciar "murciélago", puede enseñársele a decir primero correctamente "mur", y, tras conseguirlo, darle un reforzador; luego, "murcié" (y obtener un reforzador); y, finalmente, la palabra completa "murciélago" y obtener un reforzador que, al cabo, será eliminado, pues será la pronunciación correcta de la palabra y la comprensión de los demás lo que mantenga la cadena.

El tercer método, al que se recurre muchas veces con cadenas más largas o cuando se trabaja con sujetos con más problemas o déficits, consiste en el encadenamiento hacia atrás. En este caso, lo primero que se enseña es el último de los eslabones, luego el penúltimo, que se uniría al último; a continuación, los tres últimos, y así hasta llegar al primero de los eslabones. El sentido de organizar así el aprendizaje radica en que al emitir las últimas conductas y venir seguidas inmediatamente del reforzador, la contigüidad favorece un aprendizaje más rápido y significativo. Así, por ejemplo, en un niño que está aprendiendo a cocinar algo que le gusta, al acabar de hacer la última acción y disfrutar del reforzador inmediatamente (comer ese plato), quedan fuertemente unidos sus acciones y el reforzador, y en cambio resultaría más difícil que se asociaran si la cadena es larga y el primer paso para obtener el reforzador está muy lejano. Aprender a vestirse, a comunicarse de forma más correcta o hacer determinados trabajos se enseña muchas veces con este tipo de encadenamiento, en especial a personas con trastornos del desarrollo.

Los tres métodos de enseñanza del encadenamiento tienen sobrado apoyo empírico y se han aplicado con éxito en multitud de situaciones de aprendizaje. Para fijar un cierto criterio de elección, podría afirmarse que

puede presentarse la cadena completa de forma eficaz cuando los eslabones no son muchos, la tarea es relativamente sencilla y el aprendiz tiene una buena potencialidad de aprendizaje. En cambio, cuando se trata de muchos eslabones y el aprendiz tiene déficit es mejor inclinarse por las otras dos modalidades.

6.4. Ámbitos de aplicación

Aunque con los ejemplos citados a lo largo del capítulo se habrán podido comprobar sus múltiples aplicaciones, puede afirmarse que la literatura conductual ha sido más pródiga en el empleo del encadenamiento para los siguientes ámbitos: 1) autonomía doméstica (por ejemplo, como se ha visto con los casos mencionados en este capítulo: cocinar, vestirse, lavarse, etc.); 2) mejora de la fluidez verbal (la retórica, sería un ejemplo avanzado del uso del encadenamiento); 3) rehabilitaciones de la memoria tras accidentes cardiovasculares o traumatismos.

6.5. Ejemplo aplicado: el caso de Carlos

Carlos es un niño de diez años con distintos problemas de conducta y poca autonomía. En esta ocasión, sus padres consultan con el modificador porque quieren que el niño comience a ducharse ya sin su ayuda. El modificador les explica la pauta.

M (Modificador): Bueno, hoy vamos a ver cómo podemos hacer que Carlos se empiece a duchar solo. Contadme la rutina que tenéis con él cuando se ducha, paso por paso; parece una obviedad, pero es importante.

P (Padres): Pues, bueno, o bien yo o mi mujer, entramos con él al baño, le ayudamos a desvestirse. Mientras él termina, yo abro el grifo de la ducha para que empiece a salir agua caliente y una vez que está listo, se mete en la ducha. Somos nosotros quienes lo enjabonamos y le lavamos el pelo; luego le echamos agua, y una vez que está sin jabón, le dejamos un rato en el agua mientras cogemos el pijama de la habitación y una toalla. Le secamos y lo vestimos con el pijama, y ya está.

M: Bien, como queremos que se duche él solo, vamos a dividir toda la secuencia de acciones que me habéis contado en pasos pequeños, que son los que él va a ir haciendo, poco a poco. Si queréis, podemos hacer que empiece por los últimos pasos, para que tenga la sensación siempre de haberse duchado él solo, y como premio, pues puede elegir él el postre de la cena, si os parece bien. ¡Ah! y alabarle mucho por ello. Decidle eso que le gusta tanto de que realmente ya está haciendo como un mayor.

P: Sí, está bien. Pero no entiendo eso de que empiece él solo por los últimos pasos. ¿Cómo lo va a hacer?

M: Veréis, lo que hacemos es dividir la acción de ducharse en pequeños pasos, como, por ejemplo, abrir el agua caliente. Una vez que tengamos todos los pasos bien definidos, él se seguirá duchando con vuestra ayuda, pero los últimos pasos, como puede ser ponerse el pijama, lo hará él solo. Una vez que vaya dominando este último paso, irá haciendo cada vez más cosas solo, pero de atrás hacia adelante. ¿Entendéis?

P: Sí, ya veo. Pero ¿siempre que lo haga bien, va a elegir el postre?

M: La elección del postre como recompensa, una vez que ya se vaya duchando solo, es para ir empezando y motivarle. Luego se irá espaciando hasta que terminará por desaparecer, ya que la recompensa verdadera es que consiga hacer cosas él solo, por eso hay que felicitarle también cuando vaya aprendiendo. Si os parece, vamos a empezar a definir las conductas, una por una.

P: Muy bien.

M: Hagamos la lista. La primera conducta creo que debe ser coger el pijama y llevarlo al baño, para que lo tenga al lado justo después de secarse. La siguiente conducta es coger la toalla y dejarla al lado de la ducha. En tercer lugar, abrir el agua hasta que tenga la temperatura idónea. En cuarto lugar, quitarse la ropa. En quinto lugar, meterse en la ducha y cerrar la mampara. En sexto lugar, ponerse bajo la alcachofa y mojarse. En

séptimo lugar, coger el champú y echarse un poco en la mano. Luego, enjabonarse la cabeza hasta que haga espuma. En noveno lugar, aclararse el champú. Luego, coger la esponja, mojarla y echarle un poco de gel. Posteriormente, enjabonarse todo el cuerpo, sin dejarse ninguna parte sin espuma. Luego, aclararse bien, sin dejar nada de jabón. Y luego cerrar el grifo y salir de la ducha. Coger la toalla y secarse bien. Luego, ponerse el pijama. Y por último, coger la toalla y la ropa sucia y echarla en el cesto. ¿Os parece bien? ¿Nos hemos dejado algo que consideréis importante?

P: No, nada. Parece mentira que ducharse tenga tantos pasos.

M: Sí, es verdad. Bueno, los primeros días empezaremos dejando que Carlos eche él solo la ropa en el cesto. A partir de ahora, es importante que los dos sigáis estas conductas, como la siguiente que él tiene que hacer, las dos últimas: ponerse el pijama y echar a lavar la ropa sucia y la toalla. Y así hasta que acabemos todos los pasos. Pero recordad: tan importante es el premio de elegir el postre como vuestras felicitaciones por hacerlo bien. Es muy importante que le digáis que lo ha hecho bien y le deis muestras de afecto como recompensa. ¿Tenéis alguna duda hasta ahora?

P: No. Entonces, para ver si te he comprendido. Seguimos todos estos pasos haciéndolos nosotros, excepto el último que lo hará Carlos solo, ¿no? Y luego los dos últimos, los tres últimos...

T: Efectivamente, lo hacéis así, y le podéis decir cómo hacerlo y animarlo a ello.

P: ¿Y si no lo hace?

T: Pues le decís, sin enfadaros, que no ha conseguido hacerlo el solo y no habrá premio. Pero que la vez siguiente sí puede conseguirlo. Eso es todo, y animarlo a que lo intente el próximo día.

7

Desvanecimiento

El último de los tres procedimientos básicos de aprendizaje de nuevas conductas se denomina desvanecimiento. Aunque es un método menos conocido y divulgado que el moldeamiento o el encadenamiento de conductas, tiene un amplio campo de actuación en la ayuda a sujetos con déficit de desarrollo. Pero, con adaptaciones, su intervención no se limita a conductas relacionadas con la educación especial, como se verá en algunos de los ejemplos que se presentarán en este mismo capítulo.

En un primer acercamiento, suelen no entenderse bien las diferencias entre desvanecimiento y moldeamiento o encadenamiento. El carácter progresivo del aprendizaje, el empleo de estímulos discriminativos o el uso de reforzadores pueden llevar a pensar que, esencialmente, los métodos se solapan. No obstante, una lectura más atenta desvela que en todos los casos hay fundamentos de aprendizaje diferentes y que los elementos básicos del proceso pueden distinguirse. En el caso del desvanecimiento, la clave comprensiva radica en el uso sistemático de unas ayudas asociadas a unos estímulos discriminativos que acompañan las primeras fases del proceso y que, posteriormente, se desmantelan de acuerdo con la adaptación de la respuesta ante estímulos discriminativos cada vez más naturales.

7.1. Qué es el desvanecimiento

Técnicamente, el desvanecimiento - que a veces se ha traducido también por atenuación - se define como un proceso de intervención en el que se eliminan progresivamente las ayudas que han facilitado la emisión de una conducta, al tiempo que se garantiza el mantenimiento de esta conducta y su emisión ante estímulos discriminativos normales del entorno del sujeto. En un primer momento del proceso se incorporan múltiples ayudas para que la conducta

tenga lugar de forma idónea, y parte de esta facilitación se basa en el empleo de estímulos discriminati vos especialmente nítidos. Una vez que la emisión de la conducta está consolidada, se programa la eliminación de estas ayudas de manera escalonada y de forma que siga emitiéndose la conducta y cada vez ante estímulos más próximos a los naturales.

De forma habitual, se utiliza el desvanecimiento en el aprendizaje de conductas motoras, por ejemplo, al ayudar a un niño a patinar (apoyado en una barandilla, acompañado de la mano, con determinadas instrucciones verbales, etc.) o aprender a montar en bicicleta (primero con ruedines, luego sujeto por otra persona, etc.); cuando el instructor de autoescuela enseña a aparcar ayudándose de claves con el espejo retrovisor; o cuando un entrenador de boxeo consigue que los púgiles recojan rápidamente los golpes haciéndoles sostener una goma tras los brazos usa igualmente el desvanecimiento. También es corriente ayudar a los niños a hacer cuentas, primero utilizando los dedos, luego monedas, etc., que finalmente se dejan a un lado. En general, estos procedimientos son asistemáticos, mientras que en la intervención conductual se practica un análisis y se programa cada estímulo discriminativo y cada ayuda que se usa, además de estipular en qué momento se retirarán.

Tras décadas de investigación, los procesos de desvanecimiento han demostrado mayor eficacia que otras técnicas de aprendizaje, como el clásico ensayo y error. Hoy en día, un entrenamiento por medio del desvanecimiento que evita errores se considera mejor porque ahorra tiempo, no genera frustración y favorece la motivación en el aprendizaje.

Para aplicar el desvanecimiento, hay que poseer previamente determinadas conductas. Seguramente, la más importante es la imitación, pues uno de los principales apoyos para conformar una nueva conducta se basa en poder hacer o decir lo que muestra primero un modelo. Igualmente, para niveles de aprendizaje más desarrollados, puede recurrirse a una información verbal que aliente a la acción. Por último, también ayuda disponer de un control motriz fino.

Va a describirse ahora un caso real llevado a cabo con un niño autista y expuesto en el manual de Martin y Pear. Este niño, Pedro, imitaba muchas de las palabras que oía, incluidas las preguntas que le dirigían. Por ejemplo, cuando se le preguntaba "¿Cómo te llamas?", repetía "¿Cómo te llamas?". Por tanto, adolecía de un control de estímulos inapropiado pues las preguntas evocaban respuestas de mímica en vez de contestaciones pertinentes. Para enseñar a Pedro a responder correctamente, se programó un desvanecimiento siguiendo estos pasos. La terapeuta se ponía delante de él y en voz muy baja le preguntaba: "¿Cómo te llamas?" Y ella misma, adelantándose a Pedro, decía en alta voz: "Pedro". El niño la imitaba a continuación y decía "Pedro", lo que era reforzado por la terapeuta con una ficha muy del agrado del niño, además de un reforzador social. Progresivamente, la terapeuta fue normalizando el volumen de la pregunta y disminuyendo el volumen de la respuesta ("Pedro"), lo que reforzaba de forma continua. Al cabo, la terapeuta preguntaba con un tono natural "¿Cómo te llamas?" y únicamente movía los labios con la respuesta; no obstante, Pedro continuaba diciendo en alto su nombre y obteniendo su reforzador, en el que cada vez pesaba más el social. Al final, la terapeuta ya no tenía que hacer ningún movimiento con la boca y el niño continuaba respondiendo adecuadamente. Por último, se observó la generalización de la conducta con la respuesta normalizada a otras personas que le preguntaban su nombre.

7.2. Aplicación del desvanecimiento

Como en todos los casos, resulta fundamental una correcta secuenciación de todos los pasos del desvanecimiento, en el que se tienen en cuenta, como se habrá advertido por los ejemplos, las ayudas, los estímulos discriminativos y los reforzadores. A continuación se detallan los elementos que han de considerarse para una correcta aplicación.

7.2.1. Selección del estímulo final deseado

En primer lugar, se debe tener claro el estímulo final que, al cabo del procedimiento, evocará la conducta correcta. Naturalmente, debe ser un estímulo semejante al del entorno natural donde debe desarrollarse el

comportamiento, de lo contrario será imposible la posterior generalización. Así, como se acaba de describir en el caso de Pedro, lo deseable es que pronuncie su nombre alto y claro exclusivamente ante el estímulo "¿Cómo te llamas?".

7.2.2. Selección del estímulo inicial

El proceso de desvanecimiento tiene que iniciarse con un estímulo evocador que, con una alta probabilidad, lleve a emitir la conducta deseada. Así, en el ejemplo de Pedro, al tener tan instaurada la conducta imitativa, cabía pensar que dijese su nombre en alto tras hacerlo la terapeuta. Para ser más precisos, en el ejemplo el estímulo inicial era tanto la pregunta "¿Cómo te llamas?" en voz baja como la afirmación "Pedro" en voz alta. Como en el caso del moldeamiento, este tipo de estímulos tiene una función instigadora.

Si con los estímulos elegidos no se produce con claridad la conducta habrá que añadirle otros elementos que la faciliten. No importa utilizar muchos, lo fundamental es que evoquen con seguridad la respuesta correcta.

7.2.3. Programación del desvanecimiento

Tras la primera fase "aditiva" y la consolidación de la conducta correcta, llega el momento de ir eliminando las ayudas y modificando, por tanto, los estímulos. Este proceso de retirada debe ser tan gradual como permita la estabilidad de la conducta. Es lo mismo que estipular cuántos ensayos o repeticiones habrá que efectuar en cada una de las siguientes fases de desvanecimiento, por lo que la observación debe hacerse de forma continua. Si en el proceso aparecen demasiados errores, se han desvanecido los apoyos con demasiada rapidez. En este caso, se retrocederá hasta un punto donde el número de errores sea muy pequeño. No obstante, tampoco hay que abusar de las ayudas si realmente no aportan mucho.

Para eliminar las señales de forma gradual, se deben tener en cuenta distintos parámetros. Los más característicos son: 1) disminuir su frecuencia de aparición (por ejemplo, dar cada vez menos indicaciones verbales); 2)

disminuir su intensidad (por ejemplo, pedir algo cada vez con una voz menos audible); y 3) aumentar su demora (por ejemplo, dejando pasar más tiempo entre una y otra de sus apariciones). El modificador puede servirse de todos o solo de alguno de ellos.

7.2.4. Selección de los reforzadores

Lógicamente, se emplearán reforzadores capaces de sostener la conducta con estabilidad, pero, como se ha visto en el ejemplo, la combinación de reforzadores materiales con sociales (más habituales en el medio) resulta muy aconsejable. Al final del proceso la emisión de la conducta deberá quedar asegurada solo con los reforzadores naturales.

7.3. Campos de aplicación del desvanecimiento

El desvanecimiento se ha puesto en práctica de forma exitosa con multitud de aprendizajes, pero, como ya se comentó, su campo de aplicación predominante ha estado en el ámbito de la educación especial. Algunos ejemplos especialmente reveladores de su eficacia se presentan en los siguientes puntos: 1) la enseñanza de un vocabulario determinado a niños con ecolalia (como se ha presentado con el ejemplo ofrecido de Pedro explicado en este capítulo); 2) la enseñanza del dibujo de letras y de la lectura de palabras (por ejemplo, pintando encima de letras parcialmente dibujadas con rayas que luego van difuminándose hasta desaparecer); 3) la autodirección de movimientos en personas con afasia (para el caso de las personas incapaces de asociar sus respuestas motoras con sus propias autoinstrucciones de moverse en una determinada dirección. Aquí el terapeuta primero dice en voz alta las instrucciones y el paciente lo imita mientras se le guía físicamente hacia el movimiento correcto. Luego, el terapeuta elimina gradualmente tanto la guía física como sus instigaciones verbales y, al final, el paciente debe guiar su conducta motora mediante sus propias autoinstrucciones); 4) la potenciación de la conducta de habla ante otras personas en niños con mutismo selectivo (en estos problemas se trata de retirar progresivamente a las personas más familiares a las que el niño se dirige y al tiempo se introducen otras personas extrañas).

7.4. Ejemplo aplicado: el caso de Daniela

Daniela es una joven de veintiséis años que acude a consulta con un estado depresivo. Entre otras conductas problema características de este cuadro, manifiesta que le cuesta muchísimo levantarse de la cama por las mañanas. Con el objetivo de cambiar esta situación, se le dieron determinados apoyos para facilitar que madrugara y pudiera salir pronto de casa. Las ayudas fueron: que un familiar la ayudara a levantarse todas las mañanas, la ayudara a asearse y a vestirse, y que una amiga la acompañara del brazo a dar un paseo todas las mañanas.

M (Modificador): Bueno, Daniela, ya llevas tres semanas con las ayudas que pusimos para que te fuese más fácil levantarte por la mañana y salir de casa. ¿Qué tal te ha ido esta última semana?

D (Daniela): Pues la verdad es que estoy mucho mejor y noto como si tuviese más energía por las mañanas.

M: Eso está genial, como veo que evolucionas muy bien y ya ha pasado un tiempo razonable, vamos a empezar a quitar algunas de esas ayudas para que dentro de poco dejes de depender de ellas. ¿Qué te parece?

D: ¿No puedo seguir con ellas?

M: No, Daniela. Como ya hablamos, estas ayudas eran temporales para que fueses mejorando, y ahora que estás mejor tenemos que comenzar a retirarlas poco a poco para que esa mejoría se consolide, veas que encontrarte menos mal depende de ti y encaminarnos hacia una vida más normal, como tenías antes. Piensa si para una persona adulta como tú es lógico depender de alguien para que le levante, le asee, le vista y le acompañe a pasear siempre.

D: Sí, es verdad. Vale, de acuerdo. Y... ¿por dónde empezamos?

M: Podríamos empezar así: durante esta semana vas a probar a ponerte algunas prendas de vestir tu sola. ¿Qué te parece?

D: De acuerdo.

[Pasa una semana.]

M: Bueno, Daniela, cuéntame. ¿Qué tal la semana?

D: Un poco mal, la verdad, porque no era capaz de decidir qué ponerme y al final mi madre me cogía cualquier cosa y me lo ponía.

M: Vale. ¿Esto pasaba todos los días o había días que decidías qué ropa ponerte?

D: No. Hubo un par de días que me puse la ropa.

M: Eso está muy bien. ¿Por qué crees que esos días sí lo hiciste?

D: No tengo ni idea.

M: ¿Estabas sola o acompañada?

D: Estaba sola.

M: Los días en los que no pudiste decidir qué ponerte, ¿estabas sola?

D: No, estaba mi madre.

M: ¿Crees que puede influir?

D: Es posible. No sé.

M: ¿Qué piensas cuando está tu madre contigo?

D: No sé... Bueno sí: que como se queda ahí mirándome, me agobio un poco.

M: De acuerdo. Entonces vamos a hacer esto: durante esta semana vamos a intentar que tu madre no esté presente mientras eliges la ropa y te

vistes. ¿Te parece bien?

D: Sí, de acuerdo.

[Pasa una semana.]

M: Hola, Daniela. ¿Qué tal la semana?

D: Esta semana la verdad es que ha ido mejor que la anterior. He conseguido vestirme sola todos los días.

M: Muy bien, Daniela. Estás progresando muy bien.

D: Muchas gracias.

M: Y vamos a avanzar otro paso. Como ya está el tema de vestirse, empezaremos por levantarte tú sola, como lo hacías antes de todo esto: programándote la hora en el teléfono móvil. ¿De acuerdo?

D: ¡Buf! Sé que me va a costar, pero también sé que luego todo esto me anima, cuando lo logro. En realidad, ya no me hace tanta falta que me premien y feliciten mis familiares tanto, sino que me lo digo yo misma.

M: Genial. Empecemos por una hora no excesivamente temprana, pero poco después de lo que te levantaba tu madre.

[Sigue la aplicación hasta el desvanecimiento de todas las ayudas.]

8

Economía de fichas

La economía de fichas es un procedimiento combinado y medianamente complejo muy exitoso en entornos institucionales, como colegios (de educación especial o no, y en todos los niveles educativos), residencias geriátricas y psiquiátricas, penitenciarías, cuarteles, hogares de acogida, centros de tratamiento de adicciones, comunidades urbanas y distintos ámbitos laborales, por citar solo los más conocidos; no obstante, también puede aplicarse en cualquier hogar cuando los padres quieren que sus hijos respondan bien a las demandas, mejore la organización doméstica y se conviva en un clima más distendido y feliz.

Por desgracia, la economía de fichas se ha puesto en práctica mal en muchas ocasiones, lo que ha generado problemas y críticas que podrían haberse evitado en caso contrario. Sin duda, por su aparente simplicidad, su incorporación masiva en colegios y residencias por educadores a veces sin entrenamiento y con una formación limitada sobre los principios conductuales que la rigen, ha acabado por verse como un sistema artificial, poco humanitario o contrario a principios educativos generales; o bien se ha observado que sus beneficios se esfuman al dejar de aplicar el procedimiento. Sin embargo, cuando se pone en marcha correctamente, se obtienen cambios adaptativos de forma rápida y estable en circunstancias en las que otros métodos fracasan y, además, supone un cambio muy positivo en el ambiente que se genera a partir de su implantación. Por supuesto, cuando las conductas reforzadas se han elegido correctamente y se lleva a cabo un proceso de generalización bien programado, los comportamientos deseables perduran en la vida diaria y se mantienen durante años y años.

8.1. Qué es la economía de fichas

La economía de fichas consiste en la administración (o retirada) de un reforzador condicionado (reforzador simbólico) de forma contingente con la emisión de de terminadas conductas previamente establecidas. El reforzador simbólico se canjea por otros reforzadores (reforzadores de apoyo) que constituyen el objetivo de los participantes en este sistema. La economía de fichas determina unas reglas muy bien definidas sobre la emisión de las conductas deseables, la entrega de los reforzadores simbólicos y su canje por los de apoyo.

La economía de fichas puede emplearse tanto para el incremento de conductas deseables como para el descenso de inadaptadas. Por tanto, posee una condición mixta, tanto de mantenimiento (o incremento) de conductas como de desaparición de otras, de forma simultánea. Sin embargo, no posibilita la aparición de conductas novedosas en el repertorio (como sí permiten el moldeamiento, el encadenamiento, el desvanecimiento o el modelado).

Un error común consiste en confundir la economía de fichas con un sistema de reforzamiento con reforzadores secundarios (por ejemplo, los niños de una clase que consiguen puntos positivos al entregar puntualmente las tareas). En realidad, la economía de fichas es más compleja, pues no representa solo el acercamiento progresivo a un reforzador, sino que se ponen en funcionamiento múltiples reforzadores (pues las fichas pueden canjearse por un reforzador u otro, pueden almacenarse durante un tiempo para aumentar su cuantía, etc.).

La gran ventaja de la economía de fichas radica en la inmediatez del reforzador. En cuanto se emite la conducta deseable, el modificador puede dar una ficha, lo que produce un refuerzo inmediato que, además, no interrumpe la conducta deseable. Es cierto que la ficha se canjeará más adelante por el reforzador de apoyo, pero garantiza ya el haberlo obtenido (lo que también sirve para el aprendizaje de la demora). Además, el aplicador de este procedimiento podrá manipular luego el intervalo temporal entre la obtención de las fichas (aunque también la cantidad) y su cambio por reforzadores de apoyo, de cara a facilitar la generalización y el

mantenimiento de las conductas adaptativas. Existen otras ventajas de la economía de fichas, como el empleo de un procedimiento no aversivo para la eliminación de conductas indeseables (que desaparecen, pues suponen la no obtención de fichas), poder acomodar a varios sujetos con distintos intereses, que, al servirse de un conjunto amplio de reforzadores, previene la saciación o que puede aplicarse tanto individual como colectivamente, entre otras posibilidades.

8.2. Preparación de la aplicación de la economía de fichas

Antes de su puesta en funcionamiento, la economía de fichas requiere una preparación detallada. En los puntos siguientes se concretan cuáles son las decisiones que el modificador de conducta deberá determinar inicialmente.

8.2.1. Elección de las conductas objetivo

Dado que la economía de fichas no puede hacer surgir nuevas conductas, se destinará a incrementar o disminuir aquellas de las que ya son capaces las personas implicadas. El tipo de conductas que se incrementan o eliminan dependen por completo del tipo de sujetos a los que se aplica la técnica, así como de los objetivos a corto y largo plazo; además, en muchos casos cambian a lo largo del procedimiento. Así, por ejemplo, para unos niños con discapacidad intelectual, las conductas deseadas pueden tener que ver con la ganancia de autonomía y la eliminación de autolesiones; para otros con un diagnóstico de autismo, el incremento de interacciones sociales; y para unos escolares de Educación Infantil, recoger los juguetes del aula, participar activamente en la actividad propuesta y el descenso de gritos y pataletas en el aula. Como se puede observar, todas estas conductas son deseables y adaptativas, de manera que serán reforzadas por el medio natural una vez que se haya acabado con el programa de la economía de fichas.

La elección de este tipo de conductas, en vez de otras arbitrarias, es una de las claves para conservar los beneficios alcanzados con la economía de fichas y para que se generalicen sus resultados.

Las conductas elegidas deben definirse de forma operativa; debe precisarse qué es una emisión correcta y qué una incorrecta o incompleta. Además, estas conductas deben ser claramente observables y registrables.

Si la economía se aplica de forma colectiva, conviene que haya homogeneidad o equilibrio en el grupo, pues de lo contrario a algunos sujetos les será muy fácil obtener las fichas mientras que para otros resultará difícil. Este tipo de desequilibrios genera siempre problemas no solo por la dificultad de aplicación sino también por los problemas emocionales y de clima que puede propiciar.

8.2.2. Establecimiento de la línea base

Poseer datos sobre el nivel previo de conductas deseables e indeseables resulta de gran ayuda para valorar el efecto de la economía de fichas y corregir su implementación si no se están obteniendo los resultados esperados. Así mismo, propiciará disponer de un criterio objetivo para comprobar, a posteriori, si los efectos positivos del programa se mantienen tras la retirada de este.

8.2.3. Selección de los reforzadores de apoyo

La economía de fichas permite un amplio abanico de reforzadores de apoyo. Lo importante es que, dentro de las posibilidades del lugar o institución en que se administre, su nivel de atractivo e interés para los participantes sea lo más alto posible. Algunos de los ejemplos característicos en entornos escolares de Educación Infantil: juguetes, libros con ilustraciones, dulces, plastilina, pinturas especiales, videojuegos educativos, bebidas, privilegios (por ejemplo, salir antes al patio, ir a una excursión, etc.).

En la medida de lo posible, los sujetos implicados deben participar en esa elección, así como en el valor en fichas de estos reforzadores. Esto supone que el valor auténtico (o, podría decirse, el del mercado) no tiene por qué coincidir con el valor que los sujetos pueden asignarle a ese reforzador. Por ejemplo, un libro o un juego pueden tener un valor material mayor que salir

al patio, pues esto, en sí, no supone ningún desembolso para el centro escolar y, sin embargo, puede ser mucho más deseado y valorado por unos niños de Primaria. En este caso, el valor del reforzador de apoyo "jugar en el patio" puede ser de 120 fichas, mientras que para los anteriores puede ser de 60 fichas.

8.2.4. Selección de las fichas

Las fichas de una economía pueden tener múltiples formas y colores, pueden ser unipersonales o iguales para todos los participantes, con distintos valores o siempre el mismo, trasportables o pegables en un cuaderno o una cartulina, etc. Para determinados niños pequeños o sujetos con discapacidad intelectual conviene usar fichas muy bien distinguibles, incluso con cierto atractivo (por su forma o color); sin embargo, no deben resultar tan bonitas o curiosas que pierdan su carácter simbólico y se conviertan por ellas mismas en reforzadores de apoyo (pues esto dificultaría desprenderse de ellas). Idealmente, deberían ser fáciles de administrar, no costosas económica o materialmente, duraderas, reconocibles en su valor e identificables con su propietario sin dificultad (de forma que unos participantes no se las puedan quitar a otros).

8.3. Aplicación de la economía de fichas

Uno de los retos en la economía de fichas consiste en llevar a cabo el proceso de aplicación con una buena sistemática y siguiendo la programación. Como habitualmente intervienen distintos agentes (profesores, educadores sociales, cuidadores, enfermeras, etc.), resulta clave que todos coincidan en los criterios respecto a las conductas que deben reforzarse, los tiempos de entrega de las fichas y de los reforzadores de apoyo, las conductas que suponen retirada de fichas, etc. Hace falta también contar con el conocimiento del sistema por parte de la institución donde se aplique y su colaboración en el proceso.

8.3.1. Explicación del procedimiento a los implicados

La economía de fichas comienza con una explicación del funcionamiento de las contingencias que regirán a partir de ese momento, siempre que el nivel verbal de los implicados en el programa lo permita (y lógicamente, de acuerdo con su competencia). En cualquier caso, con la aplicación en sí y las aclaraciones durante esta, se entenderá por completo el programa.

De hecho, es esperable que durante los primeros días se planteen dudas respecto a las conductas que facultan para obtener las fichas (o perderlas), si se permutan entre participantes o se acumulan indefinidamente, cuándo deben cambiarse, si se puede optar por cualquiera de los reforzadores disponibles, etc. Por esto, los primeros momentos de aplicación pueden verse como pruebas o preparación de lo que se hará más adelante.

8.3.2. Reglas básicas de aplicación

El contexto de aplicación de la economía de fichas determina en gran medida la reglamentación que el procedimiento debe seguir; sin embargo, existen unas normas básicas que se cumplen en la mayoría de los casos:

1. Se entrega una cantidad de fichas inicial (por ejemplo, para un ambiente escolar se recomiendan unas 100 fichas por niño). Solo si los participantes disponen de fichas desde un principio y, por tanto, saben de la posibilidad de conseguir los reforzadores de apoyo, tendrán motivación para participar.
2. Los reforzadores de apoyo y su cuantía en fichas quedarán establecidos por escrito (o visualmente, para niños o personas con discapacidad o incompetencia lectora) y esta información estará accesible en todo momento, de forma que se pueda consultar de manera continua (por ejemplo, es ideal para un contexto escolar un póster en el que se dibujen los reforzadores y esté escrito su equivalente en fichas).
3. De la misma manera, se definirán cuáles son las conductas por las que se percibirán fichas y en qué cantidad. Y, en caso de optar por esta modalidad, si hay conductas que pueden representar pérdida de fichas y en

qué cantidad. Como norma general, si se aplica una economía con pérdida de fichas, las conductas indeseables deben suponer una menor pérdida de fichas que sus equivalentes deseables. Debe recordarse siempre que un participante sin fichas suficientes para conseguir reforzadores de apoyo perderá toda la motivación. Por la misma razón, es absurdo llegar a una situación en la que alguien no solo no tenga fichas sino que, por haber emitido muchas conductas indeseables, esté en números negativos.

4. Se procurará que haya un cierto equilibrio entre el monto de fichas de los distintos participantes. No puede haber sujetos "ricos" o "pobres" en fichas. Esto se logra con la entrega de cantidades iniciales, la facilidad de emisión de ciertas conductas que suponen fichas muy accesibles y la necesidad de canjear todas las fichas disponibles en unos momentos determinados (por ejemplo, al final de la semana, al final del mes, etc.).
5. Se fijará en qué momentos van a poderse canjear las fichas. Dependiendo de la población con que se trabaja, la demora puede ser mayor o menor. Así, en niños con discapacidad intelectual, en que inicialmente puede no captarse bien la relación entre fichas y reforzadores de apoyo, la demora debe ser mínima; en cambio, con niños de seis años, la demora puede ser de varios días.
6. Se buscarán estrategias para que los implicados no se roben fichas entre sí o las extraigan de donde están guardadas. Igualmente, debe garantizarse que los reforzadores de apoyo serán inalcanzables sin fichas.
7. Se dispondrá de un lugar donde todos los reforzadores de apoyo se almacenen y recojan una vez entregadas las fichas. Puede ser un lugar del aula o un aula especial ("tienda" o "almacén").
8. Durante toda la aplicación, se combinará la entrega de la ficha con el reforzamiento social contingente a la emisión de las conductas deseables.
9. Aunque tenga que ser con un muestreo temporal, se revisará cómo se está llevando a cabo la aplicación por parte de los agentes mediadores

(profesores, cuidadores, enfermeras...) y los efectos apreciables en los implicados.

8.3.3. Desmantelamiento de la economía de fichas y generalización de los resultados

Una vez que los sujetos, normalmente tras unos meses, han conseguido una buena ejecución en las conductas objetivo, llega el momento de deshacer la economía de fichas de una manera que se garantice la generalización. Para que se produzca, ya durante el mismo proceso de economía, hay que ir modificando, poco a poco, los distintos elementos puestos en juego en la aplicación, lo que incluye cambiar las conductas objetivo, aumentar el esfuerzo de emisión para la obtención de las fichas, el tipo de los reforzadores de apoyo e incrementar los tiempos de demora para el canje de reforzadores.

Respecto a las conductas, es aconsejable que vayan variando a lo largo de la implementación, de forma que aquellas ya dominadas e instauradas como hábitos dejen de reforzarse materialmente y sean mantenidas únicamente mediante el mero reforzador social. Si las conductas reforzadas inicialmente se habían señalado como prerequisites para las obtenidas luego, este proceso se desarrolla de modo natural. En otros casos, las conductas serán independientes y habrá que efectuar el trueque desde las unas hasta las otras. Lo importante es que todas las conductas reforzadas con las fichas puedan, al final, ser reforzadas de forma natural por el entorno del sujeto.

En línea con el cambio anterior, durante el proceso de economía se alterará la tasa de emisión de la conducta deseable para la obtención de las fichas. En el primer momento de aplicación se seguirá un reforzamiento continuo: cada vez que se emita la conducta deseable, el sujeto debe recibir las fichas con que se reforzaba esa conducta. Posteriormente, es oportuno empezar un programa de razón fija o de intervalo fijo. Por ejemplo, habrá que entregar tres dibujos correctos para obtener las mismas fichas que antes se obtenían con uno; o, al terminar la clase, tendrá que subir la silla encima de la mesa todos los días de lunes a viernes para obtener el reforzador. Por último, cabe la posibilidad de pasar a un programa de razón variable o de intervalo

variable, en que no quepa predecir cuándo va a percibirse el reforzador.

Si la duración del programa es larga, conviene renovar los reforzadores de apoyo, en especial si se observa que ha habido una pérdida de interés hacia ellos por parte de los participantes, quizás por haberse saciado. A veces, ligeras modificaciones pueden suponer un nuevo estímulo y un impulso al programa; por ejemplo, tal vez no haya que cambiar el reforzador libro ilustrado, pero sí usar uno nuevo; la misma variación positiva se puede producir por usar otro balón, otro videojuego, etc.

Finalmente, debe alterarse la demora en el tiempo que media entre la obtención de la ficha y su canje por el reforzador de apoyo. Esta mudanza debe realizarse gradualmente a medida que avanza el programa. Al principio, una demora corriente con niños pequeños supone cambiar sus fichas tras unas horas, o una vez por la mañana y una vez por la tarde; luego podrá hacerse solo una vez al día; y, posteriormente, al cabo de varios días (por ejemplo, admitirlo únicamente el viernes por la tarde).

8.4. Ejemplo aplicado: el caso de Elías

Elías es un paciente con diagnóstico de esquizofrenia que se encuentra ingresado en el área de psiquiatría de un hospital. Se establece una economía de fichas para mejorar la adhesión al tratamiento por su parte, dado que es reacio a la toma de la medicación, aunque mantiene una buena relación con el modificador de conducta.

M (Modificador): Bueno, Elías. Me han vuelto a comentar que hay problemas con la medicación; así que, como ya te he explicado varias veces sin mucho éxito por qué es tan importante que te la tomes, te voy a proponer una cosa. Vamos a pensar una forma para que ganes premios por tomarla, que para mí es una buena conducta. Así que vamos a hacer lo siguiente: cada vez que te tomes la medicación sin poner pegas pondremos dos fichas en este tarro que lleva tu nombre y tú, tras un tiempo, podrás cambiar esas fichas por el premio que elijas. ¿Qué te parece?

E (Elías): Bueno, no sé... Y ¿cómo funciona esto?

M: Cada vez que te tomes la medicación sin quejarte ni protestar meteremos dos fichas en el tarro, y si, por el contrario, te resistes, perderás una ficha del tarro. ¿Hasta aquí bien?

E: Sí...

M: Para empezar bien, tendrás en el tarro 15 fichas a las que irás sumando las que consigas. Para comenzar, tras una semana podrás elegir el premio por el que te apetece cambiar tus fichas. Cada premio tiene un precio en fichas que fijaremos entre los dos, lo mismo que los premios. ¿Qué te parece?

E: No sé.

M: Parece un poco complicado, pero ya verás que luego no lo es. ¿Qué recompensas te apetecerían?

E: Irme a mi casa.

M: En estos momentos no podemos darte el alta, Elías; pero un premio sí puede ser tener un permiso de un día para estar en casa. ¿Qué te parece?

E: Me tendré que conformar. ¿Y eso cuánto valdrá?

M: El precio si te parece lo fijamos al final cuando tengamos una lista de todos los premios. ¿Qué más te apetecería?

E: Quisiera una hamburguesa del McDonald's, elegir la película del sábado, poder fumar.

M: Muy bien, eso está muy bien. ¿Hay algo más que te apetezca?

E: No sé.

M: Tener acceso a algún libro en concreto, música...

E: ¡Ay! sí: mi ipod y mis cómics.

M: Esta bien, podemos empezar por aquí. ¿Podrías colocar los premios en orden de menor importancia para ti a mayor?

E: ¡Buf!, no sé. Los cómics, el iPod, elegir la peli, poder fumar, la hamburguesa e ir a casa.

M: ¿Estás seguro? ¿Quieres cambiar alguna cosa?

E: Eh... sí. La hamburguesa por el tabaco. Sí, ahora sí.

M: Está bien. Ahora vamos a poner los precios. Si quieres les pongo yo primero un precio y tú me dices si te parece caro, barato o te parece justo. ¿Qué dices?

E: Bueno, vale.

M: Me parece que un cigarro cueste 1 ficha, los cómics sean 15 fichas, el ipod para usarlo durante una semana 30 fichas, poder elegir la película del sábado 40 fichas, la hamburguesa del McDonald's 60 fichas y el permiso de un día 110 fichas. ¿Qué te parece?

E: Hombre, pues a partir del ipod me parece un poco caro. No sé cómo voy a conseguir tantas fichas, la verdad.

M: Como tomas medicación tres veces al día, fíjate que enseguida vas a ganar mucho. Además, cuando sea la hora de cambiar fichas tú tendrás la opción de guardarte fichas que tienes para conseguir un premio de mayor valor.

E: ¡Ah!, así que no hace falta que yo cambie las fichas a la semana, sino que también puedo guardármelas, ¿no?

M: Así es. Pero no más allá de un mes. Entonces... ¿qué opinas?

E: Bueno, probemos.

M: Tendrás un cartel en la ventanilla de la enfermera que te informará de los premios que hemos acordado y de su precio, además te pondrá cuántas fichas tienes y el día en el que las fichas se podrán cambiar.

E: ¿Y esto va a funcionar ya siempre así?

M: No, no. Luego haremos algunos cambios: podemos poner otros premios... pero, claro, luego tendremos entonces que volver a calcular su valor en fichas. Pero que ya sabes: que si tomas la medicación me vas a alegrar porque al fin yo lo que quiero es que te pongas bien y al final puedas volver a casa.

E: Sí, sí. Ya lo sé. Gracias.

9

Contratos de contingencias

Puede parecer raro recomendar el uso de contratos a las personas que acuden a una consulta de psicología; sin embargo, en muchos casos recurrir a ellos promueve la motivación y el cumplimiento de los objetivos que uno mismo persigue. En realidad, los contratos pueden concebirse como una sistematización de las promesas que tantas veces se realizan - en especial, en determinadas fechas, como Año Nuevo o la vuelta de las vacaciones, o ante determinadas personas: los padres, la pareja, etc.-. Como es bien sabido, estos compromisos suelen tener poco recorrido, normalmente por la falta de una buena programación, por errores a la hora de establecer metas, de especificar las conductas, de anticipar las dificultades, de llevar a cabo los seguimientos y el refuerzo de los logros, etc.

Además, cuando se materializa un contrato, se incrementa el nivel de compromiso personal: concretar la acción y sus recompensas, el hecho de firmarlo o que otras personas sepan de ese compromiso pueden tener que ver con esto. Por investigaciones realizadas con técnicas de modificación de conducta se sabe que cuando se pretende dejar de fumar, seguir una dieta, levantarse a una hora, hacer unas tareas o practicar ejercicio de forma regular, el hecho de transmitírselo a personas conocidas (y más aún, si estas alientan o promueven estos cambios) se convierte en una variable con peso importante de cara a la consecución de estos comportamientos. En síntesis, pensar de forma más detallada y sistemática en lo que se pretende lograr, manifestarlo abiertamente y contar con ayuda de personas cercanas contribuye a alcanzar las metas. Justamente, los contratos contienen una metódica que tiene en cuenta estos factores.

9.1. Qué es un contrato de contingencias

Un contrato de contingencias (o contrato conductual) puede definirse como un acuerdo negociado (y normalmente escrito) en el que los implicados explicitan qué conductas llevarán a cabo a partir de un momento dado, en qué circunstancias las realizarán y qué consecuencias tendrá su cumplimiento o su incumplimiento.

Los contratos de contingencias pueden utilizarse para uno mismo (contratos unilaterales), pero también pueden involucrar a la familia, la pareja, varios hermanos, etc. (contratos multilaterales). Mientras que los primeros se emplean característicamente en conductas problemáticas difíciles de controlar para un sujeto pero que desea modificarlas (por ejemplo, reducción de la ingesta por parte de un sujeto obeso, consumo de cigarrillos en un fumador, entregar trabajos a tiempo o estudiar un número de horas concreto para un estudiante poco disciplinado), de los segundos suele sacarse provecho cuando varias personas están implicadas en relaciones conflictivas.

En los contratos bien elaborados, se logra un equilibrio entre las acciones y las recompensas que se obtienen, y también entre el esfuerzo e implicación de las distintas personas que están involucradas en él. Así, un terapeuta estará atento a rebajar las autoexigencias que un sujeto en un estado depresivo quiera imponerse a sí mismo, y le invitará a valorar conductas alternativas que no excedan las capacidades con que cuente en ese momento. Del mismo modo, procurará que cuando unos padres y un hijo adolescente negocien la distribución de responsabilidades en la casa, ninguno disfrute una posición demasiado ventajosa o que se planteen cambios radicales con respecto a la situación que se vivía anteriormente. Por supuesto, en ningún caso ninguno de los implicados debe ver el contrato como un medio de presión o una forma de imposición de alguna de las partes. Al contrario: debe entenderse como un medio claro y definido de conseguir los objetivos de cada uno, tanto los individuales como los colectivos, y la evitación así de abusos o privilegios. De hecho, los contratos correctamente formulados, y que responden a los objetivos del sujeto o de un conjunto de sujetos que conviven, se perciben - igual que puede suceder con los buenos contratos laborales - como una garantía respecto a los procedimientos y los fines, y favorecen que se

produzca más fácilmente el acuerdo respecto a los progresos habidos; además, suelen proporcionar una estimación realista del esfuerzo y tiempo que implican los cambios comportamentales y, como ya se ha dicho, propician muy decididamente el que se mantengan compromisos en firme.

9.2. Elaboración de contratos de contingencias

Existen una serie de recomendaciones para elaborar contratos exitosos, esto es, de más probable cumplimiento por parte de todos los implicados en ellos:

- 1.El primer requisito de un contrato de contingencias es que en él se concreten con la máxima claridad cuáles son las conductas que van a constituirlo. Estas conductas deben formularse de acuerdo con los principios de la modificación de conducta, esto es, incluir aspectos observables y medibles de los comportamientos. Así, por ejemplo, no deben incluirse descripciones como "Juan será más cariñoso" y, en cambio, sí del tipo "se despedirá y dará un beso al salir y saludará y dará otro beso al llegar a casa"; o también, en vez de "A partir de las 10.00 de la mañana Luis estará arreglado", será apropiado redactar "A partir de las 10.00 de la mañana Luis estará duchado, afeitado y vestido como para salir de casa". De no seguirse esta norma, los implicados pueden discrepar respecto al cumplimiento o no del contrato. Obsérvese que la especificidad alude a conductas que se emiten y no a los posibles resultados de estas. Así, en un caso de obesidad, por ejemplo, no debe concretarse un peso determinado como objetivo para reforzar, sino que resulta mucho más conveniente aludir al número de comidas y la cantidad de calorías por ingerir, pues solo estas últimas están al alcance directo del sujeto.
- 2.Junto con la especificación de las conductas objetivo, se determinarán la frecuencia, las condiciones en que deben efectuarse y los refuerzos que implicará su cumplimiento (o las sanciones en caso de incumplimiento). De este modo, una redacción inadecuada por falta de determinación puede ser (para el caso de una chica adolescente): "Anabel sacará la basura"; mientras que una más a propósito podría ser: "Anabel sacará la

basura los lunes, miércoles y sábados; siempre antes de las 22.00 de la noche. En caso de cumplirlo los tres días, el sábado podrá salir con sus amigas desde las 17.00 hasta las 21.00".

3. En todos los casos, las conductas incluidas en el contrato deben ser posibles y lógicas dadas las características de las personas que lo firmarán. Por tanto, como en el caso anterior, la conducta de sacar la basura es posible y lógica para una chica de catorce años, puede incluirse en el contrato, siempre que se negocie; pero, en cambio, no podría tenerse la misma exigencia con un niño de ocho, aunque este pretenda llegar a acuerdos del mismo tipo que su hermana. En términos conductuales, podría afirmarse que los contratos se orientan a gestionar comportamientos ya presentes en el repertorio, pero no a hacer aparecer nuevas conductas.
4. En línea con lo afirmado en el punto anterior, si lo pretendido es instaurar conductas complejas o a largo plazo, se elaborarán distintos contratos consecutivos y escalados que dividan esas conductas en otras más asequibles y a menor plazo. Así, por ejemplo, si se desea lograr que una persona mejore su forma física, deberá, en primer lugar, establecerse una meta adecuada para esa persona (por ejemplo, correr veinte minutos tres veces por semana), pero, en primer lugar, firmar un contrato que solo se aproxime a ese objetivo (por ejemplo, correr cinco minutos dos días a la semana), y así seguir progresivamente hasta la meta final.
5. Lo ideal es que, además de especificarse - como se acaba de explicar - las conductas del contrato, se formulen como acciones por realizar y no por dejar de hacer, pues únicamente con las primeras existe constancia de su ejecución correcta. Por consiguiente, una formulación del tipo "Carlos se compromete a no dejar tirada la ropa en el suelo cada vez que se duche", aunque concreta, es menos deseable que una del tipo "Carlos se compromete a meter la ropa en el cesto cada vez que se duche", pues en la primera aunque la ropa ya no se tire al suelo (como antes) puede dejarse en sitios inadecuados.

6. Al especificar los beneficios por la ejecución de las conductas del contrato (esto es, los reforzadores y cómo van a obtenerse) debe mantenerse un adecuado equilibrio entre las respuestas emitidas y los reforzadores conseguidos por estas. Si hay terceros implicados (padres, cuidadores, maestros, etc.), esto se debe establecer siempre a partir de un acuerdo negociado. Es decir, no puede exigirse la aceptación de lo que desea uno solo de los negociadores (el padre, el hijo, uno de los miembros de la pareja, por ejemplo). Por supuesto, los padres pueden imponer límites razonables en relación con aspectos educativos o de salud de sus hijos menores (por ejemplo, pueden negarse a negociar cosas como la posibilidad de llegar a una hora excesivamente avanzada por la noche, ver demasiadas horas la televisión, fumar, etc.). Igualmente, los miembros de la pareja no deben negociar reforzadores que puedan violentar al otro miembro (por ejemplo, un marido solicitar que su mujer, lo desee o no, haga el amor con él por haber cumplido una determinada responsabilidad). Del mismo modo, debe existir equilibrio en los contratos unilaterales, y, en estos casos, el modificador velará porque un sujeto no se imponga castigos severos, no plantee reforzadores difícilmente alcanzables por la cantidad de conductas que requiere lograrlos, o, al contrario, reforzadores muy generosos por conductas muy poco exigentes si luego se deben emitir conductas de mayor esfuerzo (pues no será posible encontrar reforzadores que levanten la motivación).

7. Además de los reforzadores determinados directamente por la emisión de una conducta, en algunos contratos puede resultar aconsejable prever bonificaciones extra por un buen cumplimiento. Es decir que, cuando se ha cumplido el contrato de forma generosa, al margen del propio reforzamiento, pueden marcarse reforzadores extra. Por ejemplo, si la adolescente que debía sacar la basura tres días de la semana decide (aunque no se negoció) sacarla todos los días para ahorrar ese trabajo a sus padres, estos pueden reforzarla con un dinero extra.

8. En algunos contratos también pueden incluirse sanciones por

transgresiones repetidas de lo firmado. En realidad, si los reforzadores que no se obtienen por el incumplimiento del contrato han sido bien escogidos y los sujetos los valoran mucho, este tipo de sanciones no hacen falta; no obstante, para algunos sujetos, pueden tener un componente motivador importante. De este modo, si la adolescente del ejemplo incumple el sacar la basura ya el lunes y, por tanto, no podrá salir el sábado por la tarde, podría plantearse una sanción extra si tampoco saca la basura el miércoles y el sábado como, por ejemplo, quitarle el ordenador durante toda la semana. Lo mejor es que para determinar estas sanciones participen los mismos implicados, pues de lo contrario lo considerarán un castigo impuesto y excesivo. Por supuesto, este tipo de sanciones no pueden beneficiar a ninguno de los que firman el contrato (por ejemplo, porque les quite trabajo).

9. Importa mucho fijar una duración para el contrato, que se indicará con claridad en el documento firmado. En primer lugar, y antes de que vaya a regular la conducta durante un tiempo largo (por ejemplo, uno o dos meses), vale la pena disponer un periodo previo para juzgar la pertinencia del contrato. De este modo, si el contrato resulta injusto, demasiado exigente o excesivamente laxo, las personas que se someten a él tienen la opción de rectificarlo. Un tiempo razonable para esta fase de prueba puede rondar una semana. Una vez transcurrido ese periodo de prueba y si no han surgido problemas destacables, cabe comprometerse con él por los periodos más extensos. Como siempre, transcurrido de nuevo ese tiempo se renovará tal cual, se revisará y corregirá o se dará por concluido si por medio de él se han logrado los objetivos y las conductas que se deseaba instaurar ya se han convertido en hábitos.

10. De cara a valorar el cumplimiento del contrato viene bien que los firmantes no registren únicamente su propio cumplimiento, sino, sobre todo, el de los demás implicados. El formato de este registro ha debido quedar determinado por el modificador desde un principio, para que sea bien conocido, y debe resultar claro y sencillo para todos.

11. Aunque no se ejecuten las conductas del contrato por parte del sujeto al que iba destinado (en el caso de los unilaterales) o de varios de ellos (en el de los multilaterales), el modificador no tendrá nunca una actitud acusadora o crítica, sino que analizará las razones del incumplimiento, tratará de corregir los errores y volverá a motivar a las personas que lo firmaron. Su función, por tanto, no es la de un juez, sino la de alguien que soluciona los problemas que puedan aparecer, y que, probablemente, aparecerán en alguna medida. En el caso de que haya discusiones entre varios familiares o entre los miembros de una pareja respecto a haberse saltado la norma, el modificador no debe actuar como un pacificador o un inspector que trata de descubrir quién tiene más razón, o alguien que le da la razón a uno y se la quita a otros; no puede estar "del lado de nadie". De nuevo, ha de concentrar sus esfuerzos -y explicarlo - en su función como facilitador de la consecución de los compromisos.

9.3. Otros aspectos dignos de consideración en la elaboración de contratos

Los contratos conductuales resultan útiles para el cambio de multitud de conductas y se usan en la actualidad con gran eficacia en terapias contra la depresión, el tabaquismo y otras adicciones, la pérdida de peso, la concentración académica, las exposiciones a situaciones temidas, los conflictos de pareja, el manejo de problemas familiares, etc. Igualmente, han tenido una cabida importante en el ámbito del rendimiento deportivo y en entornos organizacionales e industriales (por ejemplo, en la promoción de conductas de seguridad en el trabajo o en la atención a los clientes).

No obstante, siempre resulta esencial contar con una formación previa a la hora de idearlos y utilizarlos. Para empezar porque la propuesta de su empleo muchas veces desconcierta a los sujetos y puede llevarles a pensar que el modificador no cree realmente que uno desee alcanzar esos objetivos, hacer esas cosas y lograr esas metas, y que por eso se le sugiere que las plasme por escrito y lo firme. Así mismo, a un adolescente puede parecerle una estrategia que el orientador del colegio ha maquinado junto con sus padres para hacerle estudiar más y privarle de actividades que le divierten. Más aún,

a un sujeto deprimido puede resultarle su terapeuta alguien insensible, que no cree que él trate de levantarse, arreglarse, hacer tareas domésticas o relacionarse y que sea su situación anímica lo que se lo impide. En todas estas circunstancias, un psicólogo formado puede transmitir que el contrato es, en realidad, todo lo contrario: una demostración de que confía en el sujeto y de que lo plantea precisamente como una forma de ayudarlo, de orientarlo para lograrlo, dada la redacción que va a adoptar. Además de como una forma para garantizar los logros. Por todo lo dicho, se comprende que cualquier persona - por ejemplo, un familiar - debe ser muy cauteloso a la hora de proponerle un contrato a su hijo adolescente o a un pariente deprimido u obeso, y dejar ese recurso en manos de alguien que lo puede integrar oportunamente en una intervención conductual más amplia en la que se pongan en juego también otras técnicas que propicien la mejoría.

9.4. Ejemplo aplicado: el caso de Cayetano

Cayetano es un hombre de veintiocho años de edad, que acude a consulta para dejar de fumar. Efectuado el análisis del caso, se plantea que, junto con otras estrategias para que deje el hábito tabáquico, se firmará un contrato conductual.

M (Modificador): Hola Cayetano. En esta sesión, y dado que, aunque sí quieres dejar los cigarrillos, no quieres dejar de fumar puros, quería plantearte el uso de un contrato.

C (Cayetano): ¿Un contrato?

M: Sí. Verás que es algo sencillo. Redactaremos un contrato en el que fijaremos la fecha en la que dejarás de fumar del todo y plasmaremos por escrito cuál será la recompensa que recibirás si dejas de fumar ese día. Del mismo modo, también reflejaremos las excepciones, es decir, en qué ocasiones podrás fumar puros y que ocurrirá si incumples el contrato. ¿Qué te parece?

C: Es interesante, si funciona...

M: Vale, pues vamos a asegurarnos de que así sea. Si te parece, vamos a escoger una fecha. Debe ser una fecha lo suficientemente alejada para que nos dé tiempo a reducir el número de cigarros que consumes habitualmente y en la que no haya acontecimientos muy concretos, como fiestas, invitaciones, etc.

C: ¡Uff!, qué difícil.

M: ¿Qué te parece unas cuatro o seis semanas?

C: Cuatro semanas... Sí, vale, no tengo nada.

M: Muy bien, ¿qué día?

C: ¿Tengo que decir el día exacto?

M: Sí.

C: Pues... no sé; el martes es un buen día.

M: Muy bien, el martes seis de marzo entonces. Ahora vamos con el premio, debe ser algo muy gratificante para ti, puede ser algo material o hacer alguna actividad. Si es algo material, no debe ser ni muy barato, ni muy caro.

C: Interesante... ¿Puede ser un videojuego?

M: Si para ti es un buen premio, puede valer perfectamente. ¿Qué videojuego?

C: El GMA V, que llevo un par de meses detrás de él, pero me han parado los setenta euros que vale.

M: Vale, pues ya tenemos el premio. Me parece que un mínimo de tiempo lógico para que lo obtengas es un par de meses después de haberlo dejado.

C: ¿No lo compro inmediatamente el seis de marzo?

M: No. Tienes que estar al menos un par de meses sin fumar. Pero ve reuniendo cada semana el dinero para invertirlo en el juego.

C: Y si fallo y me fumo un cigarrillo, ¿no lo podré comprar?

M: Lógicamente, no. Te estás comprometiendo aquí conmigo, pero también me gustaría que se lo dijeras a tu novia Ángeles y a tus padres y a tus hermanos. Es bueno que todos estén enterados, y así te ayuden a cumplir. Cuando acabemos hoy les llevas una copia del contrato.

C: Ya, sé que es lo mejor.

M: Ahora queda el tema de los puros, ya que me has comentado que no quieres dejarlos. ¿Quieres poder fumártelos cuando quieras?

C: No, no. Son solo para las ocasiones especiales.

M: Bien, ¿cuáles son esas ocasiones?

C: Uhm... en bodas, partidas de póker, viajes que haga con mi amigo Juan o viajes al extranjero.

M: De acuerdo, ¿y si tienes dos acontecimientos de estos en el mismo mes? ¿Quieres fumar en los dos o quieres que tenga que pasar un tiempo?

C: No, quiero que entre puro y puro haya un mínimo de tres meses.

M: Muy bien, pues ya casi lo tenemos. Respecto a otros tipos de tabaco, aparte de los cigarrillos, claro, ¿quieres seguir fumando?

C: No, no. Ya lo dejamos claro: solo los puros; ni puritos, ni tabaco de liar, ni de pipa, nada.

M: De acuerdo. Vamos ahora a escribirlo y firmarlo. A ver qué te parece. Una vez redactado podemos hacer cambios, pero cuando lo

firmemos ya tiene que quedar en firme.

C: OK. De acuerdo. ¡Ah! espera: y después de que hayan pasado los dos meses y, si todo va bien, sigo sin fumar cigarrillos y me lo compro, luego que tenga el juego, ¿no caeré otra vez en el vicio?

M: Bueno. Lo que estamos haciendo es un método para ayudarte y motivarte ahora que estás en el momento más difícil. Además, puedes recurrir a las otras técnicas que estás aprendiendo, y que no se acabarán a los dos meses. Y, por otro lado, ya verás cómo, al encontrarte mucho mejor sin el humo de los cigarrillos en los pulmones, respirando de verdad, recuperando el olfato, etc. vas a encontrar buenas razones para no recaer. No obstante, si recaes vamos a poner en el contrato que tirarás el juego a la basura, tú mismo. Pero ya sabes, todos deben conocer el contrato.

C: Tienes razón. Venga: vamos a escribirlo.

Yo, Cayetano G., me comprometo a dejar de fumar cigarrillos totalmente el día seis de marzo.

Como recompensa por dejar de fumar el día seis de mayo dispondré de setenta euros en metálico, que gastaré ese mismo día en comprarme el GMA V.

Excepciones: Puros.

1. Podré fumarme un puro en bodas, cena de Navidad con amigos, partidas de póker, viajes con Juan y viajes al extranjero.

2. No podré fumar más de un puro cada tres meses.

No fumaré ningún tipo de cigarrillos, tabaco de pipa, ni tabaco de liar, así como tampoco puntos.

Si hay incumplimiento de este contrato, no compraré el juego GMA V o bien lo tiraré a la basura, acto que tendré que realizar yo mismo, y no

podré volver a comprarlo.

Firma Modificador

Firma Cayetano

10

Aprendizaje por modelos y entrenamiento en habilidades sociales

Aunque la mayoría de las técnicas que se aplican en modificación de conducta se basan en los principios del condicionamiento clásico y operante, algunos procedimientos parten del condicionamiento vicario. Es cierto que para varios teóricos este tipo de condicionamiento no puede considerarse un paradigma de aprendizaje de la misma entidad que los dos anteriores, pero el propósito de este texto no es entrar en discusiones teóricas sobre el aprendizaje mismo, sino ofrecer una guía práctica de los procedimientos derivados de todo tipo de aprendizajes contrastados para su aplicación a problemas de comportamiento. Es exclusivamente desde esa perspectiva desde la que se tratará el tema del aprendizaje por modelos.

Precisamente, una de las aplicaciones más importantes de esas técnicas es el entrenamiento de habilidades sociales, que, aunque es cierto que se apoya también en otros procedimientos de los que ya se ha hablado aquí, como el reforzamiento, el moldeamiento, el desvanecimiento o el encadenamiento, tiene en el modelado su fundamento esencial.

El aprendizaje por modelos es una de las aplicaciones de modificación de conducta con mayor efectividad en el tratamiento de las fobias (especialmente en los niños), pero también en el aprendizaje de hábitos saludables, la mejora en el rendimiento deportivo, las conductas prosociales y cooperativas y un largo etcétera. Por todo ello, su asimilación permite al modificador de conducta contar con una herramienta sumamente útil para

potenciar muy distintas conductas adaptativas. Baste recordar aquí la conocida frase atribuida a Confucio: "Me lo contaron y lo olvidé; lo vi y lo entendí; lo hice y lo aprendí", para comprobar una idea básica de la modificación de conducta y asimilada por la sabiduría popular.

10.1. Qué es el aprendizaje por modelos

El aprendizaje por modelos (que también puede denominarse modelado o aprendizaje por imitación) se define como aquel que se adquiere por medio de la observación del comportamiento de otra persona. Si el sujeto observado consigue un refuerzo por su acción, el sujeto que observa imitará esa acción siempre que desee el mismo refuerzo.

El aprendizaje por imitación tiene un sustrato biológico y puede verse en muchos animales; sin embargo, según se avanza en la cadena filogenética adquiere mayor relevancia, hasta llegar al ser humano, en quien demuestra mayor presencia.

Gracias al aprendizaje por modelos, pueden adquirirse nuevas conductas antes inexistentes en el repertorio comportamental de la persona (lo que se denomina efectos de adquisición del modelado); pero, además, también puede fortalecer (efectos desinhibitorios del modelado) o debilitar conductas (efectos inhibitorios del modelado). Entre otras funciones de este aprendizaje se cuentan las de promover conductas (por ejemplo, cuando un auditorio aplaude o ríe arrastra a los reticentes o recién llegados), motivar conductas (cuando se emula a alguien a quien se admira) o modificar la valencia emocional de determinadas conductas (por ejemplo, cuando se ve a alguien disfrutar con algo que a uno antes no le agradaba).

10.2. Proceso de modelado

Se aprende por modelos continuamente y, muchas veces, con efectos indeseables: se imitan dietas insanas, comportamientos incívicos o agresivos, ejercicios físicos para los que uno no está preparado, lenguaje incorrecto o malsonante, vestimentas que resultan claramente inapropiadas para uno; y,

también por imitación, se corren riesgos innecesarios en el ocio, en la conducción de vehículos, en el trabajo, en el uso de productos sanitarios, etc. Por todo esto, el modificador de conducta debe conocer qué variables son facilitadoras de la adquisición por medio de este procedimiento. De este modo, podrá garantizarse que las conductas que pretende instaurar, incrementar o disminuir serán afectadas de forma conveniente gracias al uso de modelos. En suma, con el conocimiento de estos factores, se podrá aprovechar el modelado y ponerlo al servicio de los objetivos de la persona.

En el proceso de aprendizaje por modelos, se distingue claramente entre dos fases, cada una de las cuales cuenta con sus propias variables. La primera se denomina fase de aprendizaje, y se refiere al momento o periodo de aprehensión del modelo; la segunda es la de ejecución o puesta en práctica, y sucede cuando el observador procura actuar conforme al modelo. Por supuesto, no suelen reunirse simultáneamente todas las variables que van a exponerse a continuación; no obstante, se trata de conseguir controlar el mayor número de ellas, y adecuarse a las circunstancias presentes una vez conocidos estos factores que afectan al aprendizaje por modelos.

10.2.1. Fase de aprendizaje

Las variables que afectan al aprendizaje de la imitación en esta fase pueden organizarse en tres grupos: las correspondientes a las características del modelo, las que guardan relación con las características del observador y las que se asocian a las características de la presentación de la situación.

A) Características del modelo

Un modelo que propicia la imitación posee estas características: 1) Es percibido como semejante al observador. Es decir, que se puede identificar con él por razones de edad, estatus, rasgos personales, deseos, etc. En realidad, existe una relación lineal y positiva entre semejanza percibida e imitación: a mayor semejanza, más posibilidades de aprender de ese modelo. 2) Al mismo tiempo, un modelo debe poseer prestigio para el observador, en el sentido de ser alguien valorado positivamente, alguien visto como

competente en general y alguien a quien admirar. Por eso, importa tanto también el éxito social del modelo (en el contexto concreto del observador) para ser imitado. 3) Otra cualidad de los modelos estriba en la competencia en aquella conducta que debe repetir el observador. No obstante, tal competencia no debe superar ciertos límites, pues la perfección en su ejecución compromete la semejanza que el observador debe percibir. Por tanto, un modelo que hace muy bien las cosas, pero no del todo, tiene más posibilidades de ser imitado. 4) Por último, el modelo debe resultar también cordial, pues esa característica de la personalidad despierta sentimientos positivos y favorece la proximidad.

B) Características del observador

El sujeto que ha de aprender por imitación no podrá adquirir bien la conducta por este procedimiento si carece, a su vez, de una serie de rasgos, entre los que destacan los siguientes:

1. Debe contar con suficiente capacidad para observar y retener la información. Si por su situación anímica o su competencia cognitiva no puede mantener la atención el tiempo suficiente, ni retenerla ni evocarla cuando lo necesite, el modificador hará mejor en inclinarse por otro tipo de procedimientos para cambiar su comportamiento. Imaginemos el caso paradigmático de alguien aquejado de Alzheimer u otro tipo de demencia o dificultades cognitivas. En estas situaciones siempre habrá que seleccionar otro método de intervención.
2. Al mismo tiempo, es positivo para el observador mantener un cierto grado de incertidumbre respecto a la conducta que se está adquiriendo. Si cree que no conoce bien la conducta, que puede perfeccionarse, el observador se fijará más en los detalles de ejecución del modelo.
3. Por último, son preferibles los casos en que no intervenga una excesiva ansiedad, pues esta, en niveles altos, bloquean el aprendizaje de cualquier comportamiento. Por tanto, en muchas ocasiones debe rebajarse la ansiedad antes de iniciar el tratamiento por medio de

modelos.

C) Características de la presentación de la situación

El tercer componente se refiere a la presentación de la situación. Para optimizar esta se tendrán en cuenta estos factores:

1. La presentación real (frente a la simbólica) facilitará la adquisición. En especial, si se trata de enseñar a niños pequeños o personas con discapacidades cognitivas, será especialmente importante servirse de modelos reales y cercanos, con los que se establezca contacto. A mayor desarrollo intelectual, más posibilidades de emplear modelos representados y simbólicos (por ejemplo, por imágenes, vídeos, etc.).
2. Igualmente, otra variable supone contar con varios modelos, pues de lo contrario se corre el riesgo de aprender ciertos detalles quizás irrelevantes. Algunas acciones solo llegan a imitarse cuando se ven en varios modelos diferentes.
3. Así mismo, servirse de modelos progresivos (o modelos de coping) tiene la ventaja de que, a semejanza de lo que le ocurre al sujeto, se enfrentan a las situaciones y las resuelven gracias al esfuerzo, aunque titubeen y tengan dudas. Frente a estos, los modelos competentes (o mastery) que resuelven las tareas a la perfección y sin dificultades pueden ser más difíciles de imitar.
4. En último lugar, conviene, en especial cuando se trata de conductas complejas o extensas, presentarlas de forma progresiva y con las suficientes repeticiones o ensayos.

10.2.2. Fase de ejecución

En esta segunda fase, las variables que afectan al aprendizaje por imitación se estructuran en otros tres grupos: factores que mejoran la motivación, factores que afectan a la calidad de la ejecución y factores que facilitan la generalización.

A) Factores que mejoran la motivación

En modificación de conducta se juzga indispensable el reforzamiento para consolidar la motivación que conduzca hacia la ejecución en este caso de la acción observada. Puede suministrarse el reforzamiento de diferentes maneras y también a agentes distintos: 1) Reforzamiento vicario: en este caso, el modificador entrega un reforzador al sujeto que lleva a cabo la acción en primer lugar y que debe ser imitado, pues al recibir el modelo la recompensa, se hará más probable que el observador llegue efectivamente a ponerla en práctica esperando obtener lo mismo. 2) En segundo lugar se da un reforzamiento directo cuando el observador imita la conducta, de modo que se consolidará el aprendizaje en un formato más convencional de modificación de conducta. 3) Por último, también puede optarse por un autorreforzamiento, según el cual el propio modelo al actuar se refuerza a sí mismo, de forma que esto último también sea imitado por el observador. Estas formas de influir en la motivación no son incompatibles entre sí, y, antes al contrario, deben emplearse todas ellas en una aplicación de esta técnica.

B) Factores que afectan a la calidad de la ejecución

Aparte de la motivación, para imitar la conducta, es deseable que la repetición se ejecute del modo más correcto posible, más cercano al del modelo. Para lograrlo, al poner en práctica la técnica se usarán dos estrategias: 1) El ensayo repetido de la conducta, pues únicamente a través de varios ensayos podrá garantizarse una calidad suficiente y una buena asimilación de la conducta que trata de imitarse.

2) El modelado participante. En esta modalidad, el modelo que ejecutó la conducta en primer lugar participa luego en la imitación que hace el observador. Esta variante del aprendizaje por modelos posee los siguientes componentes: a) exposición del modelo, b) instrucciones-ensayo de conducta-modelado y guía física-desensibilización, e) retirada progresiva de instrucciones o instigadores o guías, y d) práctica de la conducta en otros contextos y con otros modelos para favorecer la generalización. Este tipo de

modelado ha demostrado su eficacia en varios estudios experimentales, en especial en el tratamiento de las fobias infantiles, y en aprendizajes de habilidades físicas y deportivas.

C) Factores que afectan a la generalización

No se puede hablar de resultados positivos mientras el comportamiento que se está adquiriendo a partir del aprendizaje por modelos no se extienda más allá del lugar o circunstancias en que se ha producido. Por esta razón, la puesta en práctica del procedimiento debe siempre incluir la programación de la generalización a diversos contextos o situaciones. Para lograr esta generación ya durante el mismo proceso se tendrán en cuenta estos factores:

1) Que exista semejanza entre la situación de ensayo y el medio natural donde debe darse la conducta por imitar. Cuanto más próximas topográfica y funcionalmente sean ambas, más generalización se originará. 2) La presencia de incentivos en el medio natural. Si una conducta se valora en un grupo de entrenamiento pero luego se castiga en el medio natural, difícilmente se desarrollará la generalización; por esta razón el realismo a la hora de reforzar es clave para un buen aprendizaje. Y 3) la adquisición de los principios que regulan la conducta. Un error común en el aprendizaje por modelos consiste en creer que vale con imitar fielmente el modelo; sin embargo, se trata de asimilar, de aprehender las claves de la conducta y no tanto la topografía en sí. Aunque este aspecto puede matizarse para la adquisición de movimientos deportivos o de motricidad fina, desde luego no en habilidades sociales o conversacionales. Así, por ejemplo, si se repiten siempre literalmente las mismas palabras del modelo, sin duda la conducta acabará por quedar desajustada. En cambio, observar el tono, cómo iniciar conversaciones, manifestar interés, etc., pueden ser las claves de la conducta que realmente sirvan al observador para sus interacciones sociales.

10.3. El modelado encubierto

El modelado encubierto es una aplicación del modelo que se basa en los principios del aprendizaje vicario pero que añade también elementos del condicionamiento encubierto planteado ya en los años sesenta por

J.R.Cautela y, en ocasiones, incorpora también técnicas de relajación.

Básicamente, se trata de seguir el proceso de modelado de forma encubierta (esto es, en la imaginación). De este modo, el observador imagina el comportamiento de un modelo y las consecuencias reforzantes que este obtiene con su correcto desempeño. El procedimiento explica que, como modelo, puede imaginarse otra persona valorada (de acuerdo con los elementos descritos para un buen modelo) o uno mismo (un yo ideal que ejecuta correctamente la acción).

El modelado encubierto es una técnica con aval experimental; y se ha demostrado que cuando la lleva a cabo un sujeto motivado, los resultados se pueden observar luego en la vida real, en especial ante problemas fóbicos y en el desarrollo de la asertividad. Un ejemplo podría consistir en repetirse mentalmente esta secuencia: un sujeto con ataques bulímicos se imagina cómo el modelo que está sentado, al igual que él en ese momento, se levanta, se dirige a la cocina, abre la despensa y saca un producto hipercalórico, pero, en ese instante, piensa que no va a dejarse llevar por su apetito y detiene su conducta, vuelve a meter el producto en la despensa y vuelve a sentarse donde estaba. La repetición de la secuencia facilitará el control en la situación real.

10.4. Ámbito de aplicación del aprendizaje por modelos

El modelado se emplea en multitud de campos, aunque por el número de investigaciones realizadas ha demostrado su eficacia particularmente en la enseñanza de procesos de contacto social y en la emisión de conductas prosociales. Igualmente, el campo clínico ha supuesto otra área muy favorecida por su incorporación, y en especial para el tratamiento de las fobias infantiles, en las que ha funcionado muy bien el modelado participante descrito en el apartado 10.2.2.

Así mismo, el modelado se ha utilizado con profusión en la estimulación y propagación de conductas de seguridad y cuidado personal, y más en concreto, en las conductas de seguridad vial, en el desarrollo de hábitos

higiénicos y de limpieza y en las conductas de seguridad en el trabajo y riesgos psicosociales.

Por último, no debe dejar de mencionarse su uso en programas de intervención en la prevención del consumo de drogas, el control de la ira y la promoción de hábitos saludables en la nutrición.

10.5. Entrenamiento en habilidades sociales

Como se acaba de destacar en el apartado anterior, la intervención en habilidades sociales y en el desarrollo de la asertividad se ha enriquecido por la incorporación del modelado. Es cierto que en el desarrollo de las destrezas sociales hay bastantes más elementos que en el relativo al aprendizaje por modelos, pues estas requieren también de determinados desarrollos cognitivos, de la práctica de capacidades de observación, de la posesión de las conductas adecuadas, de la eliminación de sesgos interpretativos y de la ansiedad, o del conocimiento de convenciones sociales y de la adquisición de una información adaptativa de fundamentos sociales, factores todos ellos cuya carencia se ha asociado a través de distintas teorías con los déficit en las habilidades sociales. No obstante lo anterior, en cualquier entrenamiento de habilidades sociales es el componente de modelado el fundamental.

En este apartado se presentan las fases de un entrenamiento en habilidades sociales convencional. De esta forma, el modificador contará con una guía básica para llevar a cabo este tipo de trabajo que, en muchos casos, puede ser necesario añadir a un aprendizaje por modelos como el descrito anteriormente de cara a obtener los resultados deseados.

10.5.1. Instrucciones

El primer paso en un entrenamiento en habilidades sociales consiste en ofrecer unas instrucciones claras y precisas que proporcionen la información suficiente al sujeto para ejecutar la conducta entrenada. Las instrucciones más adecuadas son concretas y se centran en las conductas observables que poner en práctica. Un ejemplo de instrucciones para una persona que quiere

presentarse adecuadamente en una entrevista de trabajo podría ser: "Te acercas a tu interlocutor con unos pasos decididos, le tiendes la mano y le das un apretón con firmeza, al tiempo le miras a la cara, sonríes y le dices tu nombre con claridad y con un tono de voz medio". La persona que debe actuar así también ha de estar informada de por qué resulta lo más indicado y de sus consecuencias.

10.5.2. Modelado

En este caso se trata de valerse del aprendizaje por imitación explicado en la primera parte de este capítulo. Por tanto se debe buscar un modelo acomodado a la situación de habilidad social que se está ensayando (bien real, bien a través de imágenes) y cuidar los detalles de la situación en que se va a practicar. Todos los elementos destacados entonces para la elección del modelo, las características del observador (en este caso, el sujeto que está desarrollando la habilidad social) y de la presentación de la situación deben entrar a considerarse aquí. Gracias a esta fase del aprendizaje se potencia la captación de los componentes paralingüísticos y no verbales que también entran en juego y que resulta complicado adquirir y comprender únicamente a través de las instrucciones verbales.

10.5.3. Ensayo conductual

El siguiente paso consiste en ensayar la conducta de la que ya se tienen instrucciones y un modelo, y practicarlo representando papeles como si fuera la situación real. Normalmente, la persona que está aprendiendo hará de sí misma y el modificador hará el papel complementario. No obstante, podrán alternarse de forma que el sujeto observe desde fuera la conducta más correcta o más competente socialmente. En estos ensayos (o role-playing) deben emplearse escenas cortas y en las que todo transcurra de la forma más similar posible a las de la situación real. El modificador debe procurar la máxima información sobre todos los elementos que entran en juego y las reacciones más habituales que tiene el sujeto y sus interlocutores. Con esa información se reproducirán con fidelidad las acciones reales.

Progresivamente, los role-playing podrán ser más complejos y más extensos.

Una vez lograda una conducta adecuada básica, hay que ensayar situaciones en que aparecen reacciones menos comunes o inesperadas, de forma que el sujeto aprenda a responder también de forma conveniente ante estas.

10.5.4. Feedback

El feedback (o retroalimentación) consiste en detallar con precisión a la persona que ha hecho el role-playing los resultados de su actuación durante la representación. Gracias a esta información podrán corregirse los errores que se hayan cometido y también moldear la conducta. A la vez que el feedback, el modificador reforzará positivamente al sujeto a fin de consolidar los elementos adecuados del comportamiento.

10.5.5. Reforzamiento y tareas para casa

Finalmente, es necesario que la persona que aprende realice ensayos de la conducta en situaciones reales para la consecución de sus objetivos (reforzamiento natural) y la generalización de la conducta a la vida real. En un entrenamiento típico de habilidades sociales, cada sesión debe comenzar con la revisión de las tareas para casa indicadas en la visita anterior, y acabar con la programación de las nuevas tareas que deben realizarse en el siguiente periodo, hasta la finalización del entrenamiento. La ejecución de las tareas para casa será convenientemente reforzada, se corregirán los posibles fallos, se aclararán las dudas y, en caso de no haberse llevado a cabo, se analizarán las razones por las que no se han efectuado y se tomarán las medidas pertinentes para facilitar su ejecución.

10.6. Ejemplo aplicado: el caso de Manuel

Manuel, de treinta y cinco años de edad, acude a consulta por sus dificultades a la hora de relacionarse con otras personas: le cuesta mantener un volumen de voz adecuado para que se le oiga, tarda mucho en contestar y obstaculiza su habla colocándose la mano delante de la boca. En este momento de la consulta se le plantea hacer ejercicios para mejorar estos aspectos, y, de esta manera, mejorar sus relaciones interpersonales.

M (Modificador): Hola Manuel, ¿qué tal?

Ma (Manuel):... Bien... [Tarda en contestar, habla muy bajo y tapándose la boca.]

M: ¿Qué tal la semana?

Ma:... Bien..., no sé,... normal.

M: Bueno, hemos avanzado mucho. Hoy te quería comentar lo siguiente: no sé si tú te habrás dado cuenta, pero hablas muy bajito, siempre te tapas la boca y tardas mucho en contestar. ¿Tú te has percatado de esto?

Ma: Bueno... sé que tengo algún problema... es que me da cosa hablar con la gente; me da... no sé, cosa.

M: ¿Por qué te tapas la boca cuando hablas?

Ma: Porque tuve un problema hace algún tiempo con el aliento... con halitosis, y cogí la manía de taparme la boca.

M: ¿Tú te has dado cuenta de que eso entorpece la comunicación a veces?

Ma:... [pasan unos segundos] Puede ser...

M: ¿Te han dicho alguna vez que no se te oye bien?

Ma: A veces tengo que repetir las cosas varias veces.

M: Taparte la boca, hablar tan bajito y tardar tanto tiempo en contestar hace que la comunicación no fluya bien y es algo que en otras ocasiones te ha comentado la gente, y es una situación que te preocupa. Entonces, lo que podemos hacer es trabajar estos aspectos para que mejore la comunicación con los demás. ¿Te parece?

Ma: ¿Cómo lo vamos a hacer?

M: Primero vamos a dejar claro cómo hay que hacerlo. Después lo haré yo y tú actúas igual que yo. Entonces, lo primero es saber qué hay que hacer; son tres cosas: hablar más alto, no taparse la boca y responder enseguida. ¿Qué vamos a hacer?

Ma: Hablar más alto, responder antes y no taparme la boca.

M: Eso es. Y ahora vamos a ensayar. Yo te voy a dar unas pautas y vamos hacer que nuestra voz sea más alta, que hablemos con más claridad, y nos vamos a quitar la mano de la boca cuando hablemos para que se nos oiga bien. ¿Te parece?

Ma: [Silencio.]

M: Yo te voy a enseñar, voy a ser como tu profesor y tú solo tienes que observarme y luego repetirlo. Vamos a ensayar aquí en consulta, pero quiero que también ensayes en casa frente al espejo para que así comiences a comunicarte mejor. ¿Comenzamos?

Ma: Vale.

M: Vamos a imaginarnos que nos encontramos por la calle. Tú lo que tienes que hacer es hablar con el mismo volumen que yo y con la misma entonación. Hola Manuel, ¿qué tal estas?

Ma: Bien [bajito y tapándose la boca.]

M: Vale, estamos empezando. ¿Te has fijado en que yo hablo un poco más alto, hago pausas cortas cuando hablo y te miro?

Ma: Sí.

M: ¿Crees que puedes hablar un poquito más alto?

Ma: Vale [Con voz normal.]

M: Muy bien. Vamos a intentarlo otra vez desde el principio. Hola Manuel, ¿qué tal estas?

Ma: Bien.

M: ¿Cómo te ha ido la semana?

Ma: Bueno, normal.

M: Vamos a parar aquí. Lo estás haciendo muy bien, el volumen de voz lo has subido, ahora se te oye mucho mejor, ya no tengo que acercarme para oír lo que dices. Lo único que nos queda por corregir es la mano. Haz como yo.

Ma: Va a ser muy difícil, es que es algo que llevo conmigo desde hace mucho tiempo.

M: Es normal que veas que es muy difícil quitarte esa costumbre que has ido adquiriendo, pero vamos a ir haciéndolo poco a poco. Vamos a volver a intentarlo. Ahora lo que quiero que hagas es que te agarres las manos y las coloques abajo, como yo, ¿vale? Vamos a empezar desde el principio. Hola Manuel, ¿qué tal estás?

Ma: Bien.

M: ¿Qué tal te ha ido la semana?

Ma: Normal, bastante normal.

M: ¿Qué has hecho este fin de semana?

Ma: Pues he estado con mis padres, he ido a comprar, con mis amigos y... no sé qué más contarte.

M: Vale, paramos aquí. Lo estás haciendo muy bien, has conseguido

mantener las manos abajo, ya no te tapas la boca.

Ma: Me ha costado mucho.

M: Pero lo has conseguido y estás hablando más alto, te he entendido perfectamente, no has tenido que repetirme las cosas y esto es lo que tenemos que seguir trabajando para afianzarlo. Ahora quiero que en casa frente al espejo, te cojas las dos manos, te las metas en el bolsillo, y te pongas a hablar.

Ma: Pero, ¿qué hablo?

M: Lo que tú quieras, lo que se te pase por la cabeza. La idea del espejo es que te observes y te cerciores de que no te pones la mano delante de la boca, seas consciente de lo que haces. Por eso quiero que estés delante del espejo y te veas. Puedes repetir esto mismo que hemos practicado: saludos al verse y comentar qué has estado haciendo. ¿Vale?

Ma: Vale.

M: Quiero que practiques lo que hemos estado haciendo hoy, quiero que lo hagas atendiendo al tono de voz, que sea claro y haciendo bien las pausas, y quiero que cuando lo hagas prestes especial atención a que no te tapas la boca. ¿De acuerdo?

Ma: Sí, sí. Entendido.

M: Perfecto. Ya ves que te felicito, pero lo mejor va a venir luego, cuando dejes de tener dificultades para relacionarte con otras personas por hacerlo como ahora has comenzado a hacer.

PARTE III

Técnicas para la reducción y eliminación de conductas

11

Extinción

Con este capítulo se inicia el segundo conjunto de técnicas, en el que se han incluido aquellas que se emplean más habitualmente para la reducción o eliminación de conductas inadaptadas y perjudiciales. Más específicamente, se presentan los procedimientos destinados a la reducción o eliminación comportamental basados fundamentalmente en el condicionamiento operante. Por tanto, para la comprensión de estas técnicas deberá recordarse la definición de conducta operante presentada en esta misma guía (capítulo 2), en la que esta se delimitaba como una asociación entre respuestas y estímulos antecedentes y consecuentes. Por eso, estas técnicas se orientarán bien al trabajo con los estímulos antecedentes, bien con los consecuentes.

Para emplear procedimientos para eliminar o reducir conductas no debe olvidarse el principio fundamental del trabajo en modificación de conducta, esto es, el reforzamiento positivo como medio de promover la emisión de conductas deseables. Por consiguiente, aunque en ocasiones hará falta servirse de técnicas como la extinción, la sobrecorrección, el tiempo fuera o el castigo positivo, estos procedimientos nunca se usarán con exclusividad o como única alternativa y deben acompañarse siempre del reforzamiento positivo de las conductas adaptadas alternativas a las que se tratan de eliminar.

Además, es diferente la aversividad de unas y otras: mientras que las primeras (las presentadas en los capítulos 11, 12 o 13) no resultan tan desagradables, las incluidas a partir del capítulo 14 ("Coste de respuesta") son modalidades de castigo, por lo que contienen una mayor carga aversiva. Como, en la medida de lo posible, se procura evitar emociones negativas a los sujetos implicados en una intervención, el modificador de conducta procurará no recurrir a estas y optar, en cambio, por las estrategias de los

primeros capítulos. No obstante, por la naturaleza de las conductas, sus reforzadores y las circunstancias en que se presentan cabe apelar a sobrecorrecciones, saciaciones o castigos positivos. En capítulos posteriores se explicará en qué circunstancias se recurre a estas técnicas y cómo pueden minimizarse sus adversos efectos emocionales.

11.1. Qué es la extinción

La extinción como técnica conductual operante puede definirse como la retirada de los refuerzos que, previamente, sostenían una conducta, de forma que se inicie un proceso por el que la conducta se debilita y llega a desaparecer. El proceso de extinción es siempre gradual y su gráfica muestra un aumento inicial de la tasa de la conducta que trata de eliminarse. No obstante, si la conducta sigue sin reforzarse, disminuirá poco a poco - aunque pueden aparecer subidas espontáneas - y llegará a extinguirse si los refuerzos siguen ausentes el tiempo suficiente.

Un ejemplo de extinción se da cuando un profesor que previamente respondía y hacía caso a los niños que comentaban espontáneamente cualquier cosa en clase decide, a partir de un determinado momento, ignorar a aquellos que preguntan o comentan sin levantar la mano y, en cambio, atiende y deja participar a los niños que esperan su turno con la mano levantada. Al principio, los habituados a "saltar" e interrumpir seguirán comportándose así durante un tiempo, e incluso puede que alcen más la voz, pero si el profesor conserva su actitud de atender solo a aquellos que levantan la mano para hablar e ignora siempre a los otros, logrará que se extinga la conducta de intervenir espontáneamente.

Como se ha mencionado en la introducción de este capítulo, y se comprueba con este ejemplo escolar, la extinción funcionará siempre que, paralelamente a su aplicación, se refuercen las conductas deseables alternativas (en este caso, levantar la mano para disponer del turno de palabra). Es decir, que el profesor tendrá éxito no si dice que esa será la manera, a partir de ahora, en que se desarrollará la clase, sino si a la larga es coherente en su comportamiento y mantiene la contingencia de atender solo a

aquellos que levanten la mano.

Pero la extinción no se destina únicamente a eliminar comportamientos infantiles disruptivos, pues en realidad sus principios funcionarán exactamente igual para los adultos; por ejemplo, empleados que son atendidos por sus compañeros cuando se quejan del trabajo, ancianos que presentan somatizaciones mantenidas por la preocupación de sus familiares, o personas que nunca tienen en casa sal, huevos o aceite porque sus vecinos siempre acaban dejándoselos. En todas estas situaciones, dejar de emitir esos reforzadores cambiará la frecuencia de los comportamientos.

11.2. Aplicación de la extinción

Si se decide llevar a la práctica un procedimiento de extinción antes deben analizarse todas las circunstancias para asegurarse de la efectividad de la técnica en ese caso concreto y con esas personas. La extinción puede parecer un método sencillo de aplicar, pero en realidad suele traer aparejados muchos inconvenientes. En los puntos siguientes se describen los factores que deben tenerse en cuenta. Lo ideal es que todos los implicados en un proceso de extinción (por ejemplo, todos los familiares que viven con una persona mayor que se queja por la atención que, de este modo, recibe en casa) estén al corriente de estos factores, pues el procedimiento fracasará si unos siguen el proceso correctamente y otros, sin saberlo, lo sabotean reforzando las conductas que trataban de eliminarse mediante la extinción.

11.2.1. Identificación del reforzador que mantiene la conducta y de su naturaleza

La extinción no implica la eliminación de cualquier reforzador que acompañe la conducta, sino de aquel que la mantiene. Por tanto, cuando se decide dejar de atender una conducta, el modificador debe tener la garantía de que era esa atención lo que provocaba la aparición de la conducta indeseable. En muchas ocasiones no se sabe con certeza si la atención, los comentarios o las acciones de alguien son el auténtico reforzador y, en tal caso, debe verificarse. Por ejemplo, cuando se quiere acostumar a un bebé a dormir solo en su

habitación y llora por la noche, el gemido no debe ser atendido si existe la certeza de que se origina por el deseo de seguir teniendo cerca a los padres, pero habrá que descartar que se deba al frío, al hambre o a una enfermedad. En todos estos casos, aplicar una extinción no acudiendo al lado del bebé no tendrá efectividad para que cese el llanto.

Por otro lado, determinados reforzadores se obtienen por la misma emisión de una conducta y, por tanto, no son susceptibles de extinción. Así, por ejemplo, si un niño es reforzado por el sonido que se genera cuando deja caer al suelo unas llaves, resultará muy difícil eliminar su conducta por extinción, pues las llaves siempre generarán sonido en ciertos pavimentos y la fuerza de la gravedad no es un elemento sobre el que se pueda tener control. Igualmente, si el reforzador de beber alcohol es emborracharse o el de fumar disfrutar del aroma del cigarrillo y contrarrestar el síndrome de abstinencia, mientras no se invente un producto que inhiba estos procesos no podrá aplicarse la extinción: en la misma emisión de esas conductas, y prácticamente al instante, se toma contacto con el reforzador. Como principio general, conviene advertir que las conductas más susceptibles de extinguirse con este método son aquellas cuyo reforzador es social y lo proporcionan personas del entorno del sujeto que emite la conducta inadaptada.

11.2.2. Tolerancia ante el incremento inicial de la conducta indeseable y de su mantenimiento a medio plazo

Como ya se ha dicho anteriormente, la técnica de la extinción elimina la conducta de forma muy gradual e incluso provoca un incremento inicial de su tasa por encima de la línea base. Por tanto, las personas que se proponen la extinción deben saber si podrán tolerar tanto ese incremento inicial como un periodo extenso en el que seguirá apareciendo la conducta, aunque luego se desvanezca poco a poco (y con posibles incrementos posteriores, fenómeno conocido como recuperación espontánea).

Es posible que unos padres decidan soportar con tranquilidad las quejas llorosas de su hija cuando se le diga que no se le va a comprar la bolsa de chucherías en el supermercado, como hacían habitualmente, pero estos padres

deben estar prevenidos de que la niña, con toda probabilidad, no se resignará (sobre todo si alguna vez en el pasado al insistir logró su objetivo), sino que llorará con más obstinación o que se tirará al suelo, pateará, etc., y, de este modo, les hará pasar un mal rato en público. No obstante, aclarar que eso es lo que sucederá las primeras veces que vayan juntos a la compra, prepararse (y quizás ensayar) para responder adecuadamente ante esta situación y, ante todo, mantenerse firmes en su comportamiento hará viable la eficacia de la técnica. Una manera de motivar el comportamiento consistente radica en señalar que, si al final se cede y se admiten los deseos de la persona con la conducta problemática, luego resultará mucho más difícil eliminar esa conducta, pues el sujeto habrá aprendido que si insiste conseguirá lo que desea.

11.2.3. Riesgo para el sujeto al que se aplica la extinción o para otras personas de alrededor

En ocasiones, por el incremento inicial de la tasa de conducta inherente a la extinción y porque el proceso puede prolongarse durante extensos periodos de tiempo, en especial si esa conducta ha sido sostenida por un reforzador intermitente (lo que está asociado a una mayor resistencia a la extinción), existe el riesgo de causar perjuicios en el sujeto objetivo de la extinción o de otros que tenga cerca. Por ejemplo, en el caso de un niño asmático que puede empezar a llorar desconsoladamente y a ahogarse si no se controla, habrá que considerar el riesgo de aplicar una extinción que le provoque un ataque de asma. Así mismo, no se puede pedir a unos niños (o a unos adultos) que ignoren a otro cuando se porta mal si la reacción de esa persona ante el intento de extinción consiste en agredirles, morderles, arañarles, etc. La asociación entre agresividad y primeros pasos de aplicación de una extinción está bien documentada y debe preverse. En general, cuando la extinción se acompaña desde el inicio del reforzamiento de la conducta deseable alternativa, estas reacciones de agresividad suelen minimizarse.

11.2.4. Explicación del procedimiento al sujeto al que se va a aplicar la extinción

El procedimiento de extinción funcionará más drástica y rápidamente si se combina con unas reglas verbales claras y consecuentes. Por tanto, se buscará la atención del sujeto al que se va a aplicar el procedimiento y se le indicará cuál es la conducta indeseable que, a partir de ese momento, no será atendida y cuál la alternativa deseable que recibirá el conveniente refuerzo. Si existen dudas, en ese momento se explicarán y también posteriormente, durante la aplicación de la extinción, si el sujeto no recuerda la contingencia, pero no continuamente, pues lo importante es la consistencia en la aplicación; por eso no hará falta repetir una y otra vez que, según lo acordado, no se haría caso ante determinados actos.

11.3. La extinción encubierta

Una modalidad de la extinción que puede proponerse en algunos sujetos motivados y con un desarrollo cognitivo suficiente consiste en la extinción encubierta. En esta modalidad, el sujeto debe representarse mentalmente el comportamiento cuya frecuencia desea disminuir y, a continuación, figurarse que ya no va seguido por las consecuencias positivas que anteriormente se daban.

Por ejemplo, una persona con un problema de adicción a las bebidas de cola y en situación pre-diabética imagina con toda viveza que saca esta bebida del frigorífico, se la sirve en un vaso y empieza a degustarla, pero se da cuenta de que no obtiene ningún placer de cada trago. Tras varios intentos y dado lo insípido de la bebida decide tirar el resto por el fregadero.

La extinción encubierta se ha revelado como un procedimiento útil para las problemáticas de adicción a las anfetaminas y para el tratamiento de la obesidad, siempre que se combine con otras técnicas y se entrene repetidamente en sujetos con capacidad imaginativa y disposición para evocar las emociones asociadas al procedimiento.

11.4. Ejemplo aplicado: el caso de Ernestina

Ernestina es una mujer de treinta y ocho años de edad, con problemas de

ansiedad, y crisis de pánico intensas. Cuando siente que su ansiedad se dispara acude a su marido, que la calma, se queda con ella, le pregunta, le habla, se interesa por su estado y, en algunos casos, la lleva a urgencias. Tras varias sesiones durante las cuales se le ha explicado qué es la ansiedad, cómo se produce y se han comenzado ejercicios de relajación y un proceso de normalización y aceptación de las sensaciones, se pretende extinguir ahora la conducta de pedir ayuda y solicitar la atención constante de su marido, pues esta situación está impidiendo que Ernestina ponga en práctica por sí misma las habilidades que le enseña el modificador.

M (Modificador): Hola, Ernestina, ¿qué tal?

E (Ernestina): Más o menos. Bueno, bien, la verdad.

M: En esta sesión quiero abordar una de las causas que impide que tu problema desaparezca. Este problema de ansiedad, sobre el que hemos estado trabajando varias cosas. Uno de los causantes de que se mantengan estas sensaciones es que, ante situaciones en las que tu nivel de ansiedad se dispara, haces que tu marido trate de tranquilizarte e incluso te lleve al hospital.

E: Sí, porque me encuentro muy mal. Ya te he explicado cómo me pongo, me pongo fatal y me tiene que llevar al hospital.

M: Pero este comportamiento funciona como un mantenedor, es decir, provoca que esa ansiedad vuelva constantemente y tú no acabes de aprender a manejarla por tu cuenta. Por eso, en esta sesión voy a proponerte una forma de cortar estas situaciones.

E: ¿Cómo?

M: Me explico, vamos a necesitar la ayuda de tu marido, de forma que cuando tú te sientas tan mal con estos síntomas, esas palpitaciones, esos sudores y la falta de aire, tu marido no debe hacerte caso.

E: ¿Cómo? ¿Tiene que ignorarme?

M: Tu marido no te tiene que hacer caso, es decir, vamos a acordar con tu marido que ante estas situaciones, no puede hacerte ningún tipo de caso, sino que vas a ser tú la que te regules con ayuda de las técnicas que ya hemos aprendido.

E: Pero, es que me pongo muy mal...

M: Bueno, ya hemos aprendido diversas técnicas para tolerar estos niveles de ansiedad. ¿Qué te parece?

E:...

M: Sé que te suena un poco drástico, que te va a costar mucho al principio, vas a enfadarte con tu marido.

E: Pues es lo que estaba pensando ahora mismo.

M: Por eso estamos acordando esto; cada uno sabéis el papel que os toca y tenéis que estar de acuerdo con ese papel. Si él, por un casual, ve que al final te va a empezar a hacer caso porque no puede aguantar más, lo mejor es que se vaya de la habitación o incluso de casa.

E: Pero... ¿dejarme sola...? Sí, ya sé lo que tengo que hacer cuanto me da un ataque de ansiedad, pero es un apoyo que esté mi marido conmigo y me ayude, me tranquiliza bastante.

M: Exactamente por eso mismo. Es importante que aprendas a regular esta emoción sin la compañía de nadie, que seas tú la que te tranquilices, y su atención no te ayuda. Es más, parece que agrava la situación, sobre todo cuando te lleva al hospital.

[Pasa una semana.]

M: Bueno, Ernestina, ¿qué tal la semana?

E: Bien, la verdad es que hicimos lo que estuvimos hablando la semana

pasada.

M: Cuéntame, ¿cómo lo habéis hecho?

E: Pues el sábado por diversos motivos me puse muy mal y me comenzó a subir la ansiedad y me puse fatal. Como ya le expliqué a mi marido lo que tenía que hacer, él no me ayudó, no me tranquilizó, no me dijo "Pon en práctica lo que M. te ha enseñado", ni nada; simplemente yo me senté y comencé a poner en práctica lo que me enseñaste y él se sentó en otro sillón y me empezó a hablar de otras cosas, no me prestó atención ni nada, simplemente se puso a hablar de otras cosas. Por lo que bien, yo comencé a meterme en la conversación y la ansiedad me bajó.

M: Vale, vamos a centrarnos en este punto. ¿Tu marido intentó distraerte de tu ansiedad?

E: No sé, él se puso a hablar de otra cosa...

M: Tú seguías el hilo de su discurso, es decir, te centrabas en el discurso de él más que en tu ansiedad ¿no?

E: Sí.

M: Vale, lo habéis hecho bien, pero de forma parcial. Él no te ha ignorado del todo, te ha estado proporcionando una herramienta para que tú puedas escapar de esa ansiedad, es decir, tú, cuando estás teniendo esta ansiedad y has comenzado a poner en práctica las técnicas aprendidas, tu marido, al intentar crear un tema de conversación alternativo a tu ansiedad y además de quedarse a tu lado, crea una vía de escape para que tú no tengas que estar en contacto con tu ansiedad.

E: Ya...

M: Te está ofreciendo una salida, te da un tema de conversación. Lo que realmente hace es construirte una vía de escape.

E: Cuando dices que me tiene que ignorar, es...

M: Es que te tiene que ignorar, no te tiene ni que hablar. Mejor si se va a otra habitación. Tú te tienes que centrar en la ansiedad que estás teniendo en ese momento para habituarte a esa emoción que es normal.

E: Vamos que ni me tiene que hablar ni nada, me tiene que dejar sola.

M: No te tiene que dar ninguna válvula de escape. Tu única compañía debe ser tu ansiedad.

E: En fin...

[Pasa una semana.]

M: Hola, ¿Qué tal?

E: Bien, pero ha sido una semana un poco fastidiada. El jueves me enfadé, tuve un día malo y tuve un aumento de ansiedad y claro, estoy acostumbrada a que mi marido me ayude, me calme, me diga cosas para tranquilizarme y como estuvo callado yo me empecé a poner más nerviosa, le dije que por favor me ayudase, que daba igual lo que hubiese dicho M.... Él al final se fue a la cocina y me dejó sola en el salón.

M: Bueno, pero... ¿terminaste relajándote?

E: Sí, me costó un buen rato, pero termine relajándome yo sola.

M: Muy bien, me alegro muchísimo y es un trabajo duro el que has realizado. Te has dado cuenta de que el poder sobre esa emoción lo tienes tú, ¿no?

E: Sí, al final ha sido muy satisfactorio, pero ¡vaya! las he pasado canutas.

M: Y ten en cuenta que él solo está haciendo eso precisamente porque

te quiere mucho y desea ayudarte. Pero es que no hay más remedio porque, sin quererlo, cuando te prestaba atención hacía que tú no pudieras manejar la ansiedad por ti sola. Él no puede estar siempre que te dé la ansiedad, así que estamos en el mejor camino. Felicidades.

12

Reforzamiento diferencial

Los reforzamientos diferenciales constituyen un conjunto de procedimientos que se emplean fundamentalmente para la reducción de comportamientos indeseables; sin embargo, no tiene por qué ser este su único cometido y, en algunas de sus variantes - como es el caso del reforzamiento diferencial de tasas altas-, su objetivo es justo el contrario: incrementar la aparición de determinadas conductas deseables. Los reforzamientos diferenciales pueden considerarse procedimientos directamente asociados al reforzamiento positivo, siempre, eso sí, dentro de programas de refuerzo intermitente, pero se agrupan de forma independiente a este porque su puesta en práctica alberga una especificidad que debe atenderse detenidamente.

Los reforzamientos diferenciales no sirven para hacer surgir nuevas conductas en el repertorio comportamental, sino que se trata de procedimientos destinados a alterar la tasa de alguna conducta ya establecida. En algunos casos, se busca con ellos que las conductas desaparezcan completamente, pero en otros el objetivo se reduce a moderarlas, pues, en su justa medida, determinadas conductas son adaptativas.

12.1. Qué son las técnicas de reforzamiento diferencial

Por reforzamiento diferencial se entiende un conjunto de técnicas que implican trabajar sobre la probabilidad de aparición del reforzador que sigue a la emisión de determinadas respuestas. En términos más coloquiales, podría hablarse de "reforzar de otra manera" o "reforzar otras cosas" a fin de que desaparezcan de manera natural las conductas no deseadas o que merme la proporción con que se presentan conductas por lo demás aceptables.

Dentro de los reforzamientos diferenciales destinados a la reducción o

eliminación de conductas se incluyen cuatro modalidades: 1) el reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB), 2) el reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO), 3) el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI), y 4) el reforzamiento diferencial de conductas alternativas (RDA).

12.2. Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB)

Cuando se desea que decrezca la tasa de una conducta, pero no que desaparezca del todo, la mejor opción consiste en recurrir a un reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB), esto es: reforzar la conducta siempre que se mantenga dentro de unos límites previamente establecidos, y dejar de reforzarla si supera esos límites. Imagínese que un niño interviene mucho en clase preguntando constantemente y acaparando las discusiones o debates que el profesor propone. En este caso, mejor no servirse de una extinción, pues la conducta en sí no es lo inadecuado sino su frecuencia. Es preferible que el profesor determine cuál es un número razonable de intervenciones dado el conjunto de alumnos y el tiempo disponible, y refuerce al niño solo si se acomoda a esa cantidad. La estrategia para lograr este objetivo es el RDTB.

El RDTB es, por supuesto, una técnica muy útil en el contexto escolar, pero igualmente puede emplearse en otras situaciones como las sociales, por ejemplo cuando se desea que una persona mantenga un determinado ritmo en su conversación o hable una cantidad de tiempo adecuado; o en el ámbito de la salud, por ejemplo, cuando se quiere que el ritmo de su ingesta de comida, de café o de cigarrillos quede dentro de parámetros saludables.

El proceso de aplicación del RDTB sigue un patrón estructurado, que se concreta en estos puntos:

1. Determinación de un nivel adaptado de emisión de la conducta. El primer paso consiste en estipular la tasa de la conducta a partir de la cual se considerará adaptada. Por ejemplo, en el caso del niño que intervenía excesivamente en clase, se puede concretar, si el tiempo disponible es una hora y los alumnos totales de la clase son 20, que el sujeto de la intervención no debe hablar en más de 5 ocasiones.

2. Establecimiento de la línea base. A continuación deben recogerse medidas de la conducta para conocer la línea base de la que se parte. La reducción hasta niveles aceptables por medio del RDTB es siempre progresiva y su ritmo se estipula a partir de la línea base. Por ejemplo, en el caso anterior, si el niño objeto de tratamiento intervenía hasta 20 veces en cada debate de una hora, puede apreciarse lo lejos que está de un nivel de emisión de conducta adaptado.
3. Estimación del ritmo de disminución de la conducta. Lo siguiente que debe ajustarse es el ritmo de descenso de la conducta objetivo hasta el nivel adaptado. A fin de asegurarse el éxito de la intervención, el modificador debe proponer en cada ocasión metas realistas, que, con alta probabilidad, sean alcanzadas por el sujeto. Así, en el caso que se está ilustrando, podría determinarse que en cada nuevo debate de clase, el niño deberá intervenir tres veces menos que en la vez anterior, de forma que se cree así una escalera descendente por la que, partiendo de la línea base de 20 intervenciones, se pase a 17 en la siguiente ocasión y luego a 14, 11, 8 y, finalmente, 5 veces, que era la cantidad considerada normal.
4. Concreción del reforzador. Para motivar la conducta, el modificador decidirá un reforzador atractivo. Por ejemplo, se le puede decir al niño - tras la fase de línea base - que, en el siguiente debate, podrá levantar la mano y hablar 17 veces y que si lo consigue podrá llevarse a casa un cómic de la clase que le gusta mucho. Obsérvese que, en consecuencia, en el RDTB pueden funcionar dos reforzadores: el que acaba de mencionarse (el cómic, en este caso) que se entrega al final del debate, y el natural, esto es, la posibilidad de intervenir cuando se levante la mano (siempre que se ciña a la cantidad acordada).
5. Facilitación del objetivo por medio de distintas estrategias. Un último elemento que incorporar consiste en la enseñanza de estrategias que allanen la consecución del objetivo. Así, por ejemplo, en este caso podría dársele al niño un papel y un lápiz, indicarle que trace una rayita cada vez que intervenga uno de sus compañeros y que cuando haya

apuntado 5, levante la mano para hablar él (se entiende que se ha calculado previamente que, con esa espera y esa cuenta, logrará no superar las 17 intervenciones). De esta manera se ofrece una actividad que le hará más llevadera la espera, le tendrá ocupado (aunque atento), le permitirá controlar mejor la conducta y facilitará la obtención del reforzador. El tipo de estrategia depende de la actividad en que se esté envuelto y del desarrollo cognitivo del sujeto (por ejemplo, si ya conoce la lectura de las horas del reloj puede mirarlo para controlar el paso del tiempo e intervenir en unos periodos de tiempo previstos de antemano y que aseguren el objetivo).

12.3. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)

En el caso del reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO) no se pretende una moderación del comportamiento, sino su eliminación definitiva, por tratarse siempre de una conducta inadaptada (y esta es la razón por la que también se le conoce como reforzamiento diferencial de respuesta cero o de omisión de conducta). Este es el caso, por ejemplo, de comportamientos como agredir a compañeros, ensuciar conscientemente el entorno, provocarse autolesiones, etc. En la aplicación del RDO, igual que en el caso del RDTB, se programa una disminución progresiva de estas conductas y se plantea de forma que el sujeto tenga muchas posibilidades de alcanzar. Al final, se confía en que el reforzador natural sea el que sustituya al reforzador que se está empleando durante el proceso de RDO.

El fundamento del RDO estriba en reforzar al sujeto en tanto en cuanto no emita la conducta indeseable. Para conseguir el reforzamiento se definen periodos de tiempo progresivamente mayores cada vez (por ejemplo, 5 minutos, luego 15, luego 30, etc.) o espacios físicos o situaciones durante las cuales debe omitirse la conducta problema para obtener el reforzador (por ejemplo, mientras se está en el comedor, mientras se está en el patio del colegio, mientras se está en el gimnasio, mientras se está en el baño, etc.).

El RDO a veces se combina con autoinstrucciones cognitivas para formar paquetes de intervención en niños impulsivos o con conductas agresivas. En

una modalidad que desarrollaron en los años setenta Schneider y Robin, y que denominaron la "técnica de la tortuga", se enseña a los niños a imaginar que, como si fueran una tortuguita, pueden meterse en su caparazón cuando tengan conflictos con otros niños. Fingiendo así que imitan a este animal (agachándose y encogiéndose) y pensando que se meten en el caparazón hasta calmarse, los niños se autocontrolan mejor y están un tiempo omitiendo la conducta indeseable.

Es importante tener en cuenta que al aplicar el RDO y, por tanto, reforzar la falta de emisión de una conducta, no se estén reforzando otras indeseables a las que se asocie. Así, por ejemplo, si el modificador de conducta determina que un niño que está agrediendo a otros durante el recreo obtendrá su reforzador si no pega a ninguno y el niño, para conseguirlo, se aísla en un rincón del patio y no juega con nadie obtendrá su recompensa, pero cabe el peligro de que se refuerce un comportamiento de aislamiento social con inconvenientes a la larga para sus relaciones si se generaliza.

El RDO ha resultado de provecho para eliminar conductas disruptivas en el aula y conductas autolesivas en niños con trastornos del desarrollo.

Como en el caso del RDTB, el RDO requiere de una serie de pasos para su correcta aplicación:

1. Determinación de la línea base. Como en el caso anterior, hay que recoger medidas de la conducta para conocer la línea base de la que se parte. La reducción hasta la eliminación de la conducta también se plantea de forma progresiva y su ritmo se estipula a partir de los niveles basales. Por ejemplo, en el caso del niño que ha adquirido el hábito de chasquearse los nudillos y lo hace hasta 60 veces al día, no puede pretenderse que deje de hacerlo en un solo día o reduzca la ejecución hasta solo 4 o 5 veces.
2. Estimación del ritmo de disminución de la conducta. Teniendo en cuenta el valor de la línea base se fija un ritmo realista de descenso de la conducta objetivo. Así, en el caso del niño que se chasquea los

nudillos, podría prefijarse que en cada día deberá disminuir 5 veces esa acción para lograr el reforzador. Así, por tanto, el programa seguirá esta progresión: 55, 50, 45, 40... hasta conseguir no chasquearlos nunca (al cabo, más o menos, de unas dos semanas si logra casi todos los días ceñirse a la cantidad estipulada).

3. Concreción del reforzador. Para motivar la conducta, se elige un reforzador atractivo. Por ejemplo, se le puede decir al niño que cada día que alcance el objetivo se le comprará un sobre de los cromos que está coleccionando.
4. Facilitación del objetivo por medio de distintas estrategias. Hay que dotar al sujeto tratado de métodos que le ayuden a conseguir el objetivo. En este caso, sería recomendable que el niño llevase un registro de sus chasquidos (autorregistro), siempre que esté motivado para el tratamiento y quiera realmente disminuir la conducta, pues apuntar las veces que lo hace facilita el ser más consciente de la emisión de la conducta. Por tanto, se le dará un registro muy sencillo - por ejemplo, un papel y un lápiz para que trace una rayita en cada ocasión que chasquee los nudillos-. Así llevará la cuenta de forma continua y verá cómo se acerca al objetivo. A partir de este registro también puede dibujar alguna gráfica, que le proporcione una información visual, siempre más motivante. Además, cabrá valerse aquí de otros procedimientos que le ayuden cuando tenga deseos de chasquearse, como entrelazar las manos o metérselas en los bolsillos.
5. Determinación de una estrategia para el mantenimiento de la conducta. Para que la conducta indeseable no reaparezca después de su eliminación, es conveniente programar un refuerzo que proteja el objetivo. Así, por ejemplo, en este caso se continuaría con el registro varias semanas más y si el niño no se chasquea los nudillos más de tres veces, al cabo de la semana puede obtener un premio, como ir al cine con sus padres.

12.4. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI)

Como se decía anteriormente, cuando se aplica el RDO hay que tener la cautela de no reforzar una conducta indeseable que el sujeto esté usando como estrategia para no emitir la conducta objetivo de la intervención. Sin embargo, en ocasiones esto no es fácil de conseguir, por eso como alternativa puede recurrirse al reforzamiento diferencial de conductas incompatibles (RDI). Esta técnica se destina a casos en que se refuerza una conducta adaptativa, cuya ejecución resulte incompatible con la que pretende eliminarse. Así, por ejemplo, resulta imposible estar corriendo por la clase y, al mismo tiempo, haciendo un dibujo sentado en el pupi tre. Si siempre se refuerza bien esto último puede extinguirse el corretear por el aula. Establecer estas conductas incompatibles y seguir un programa para reforzarlas contingentemente es el fundamento del RDI.

El RDI ha sido un procedimiento muy difundido para la intervención en conductas de autoestimulación, repetitivas y manieristas en la población especial, pero también para comportamientos inadaptados como los tics, la tricotilomanía o la onicofagia y, en general, es un método de ayuda para niños con trastorno de hiperactividad. El RDI es el componente fundamental del entrenamiento en reversión de hábitos, la técnica más eficaz en el tratamiento de tics y hábitos nerviosos, que también incorpora el autorregistro (que conciencia sobre la ejecución de la conducta problema), el apoyo social y la generalización.

Como en los dos casos anteriores, la puesta en práctica del RDI sigue unas pautas:

1. Elección y preparación de la conducta incompatible. Primero debe encontrarse una conducta adaptada e incompatible con la que se desea eliminar. Imagínese el caso de un joven que cada vez que se sienta en la taza del retrete comienza a arrancarse costras que tiene en la cabeza. Una conducta incompatible con esta y más adaptada puede ser despegar unas etiquetas pegadas en papel. Se procura que automatice el proceso de sentarse en la taza del retrete y comenzar a despegar esas etiquetas que se han dejado allí preparadas como conducta incompatible.

2. Establecimiento de la línea base. Como en todos los casos anteriores, saber cuántas veces se repite la conducta o cuánto dura será determinante para valorar la magnitud del cambio y así comprobar la eficacia del procedimiento. En el caso del ejemplo dado, es oportuno que sea el propio sujeto quien lleve a cabo el registro y apunte cuánto tiempo dedica a la conducta indeseable de quitarse las costras.
3. Registro de la conducta y reforzamiento de la conducta incompatible. A continuación se debe registrar el cambio concomitante debido a la incorporación de la conducta incompatible. Si el sujeto consigue emitir continuamente la conducta incompatible (o un tiempo suficiente estipulado previamente, y que puede aumentar progresivamente), se reforzará la acción por medio del reforzador previsto. Así, por ejemplo, si el joven consigue no tocarse la cabeza gracias a haber estado despegando las etiquetas, se autorrefuerza saliendo a dar una vuelta en bicicleta.
4. Mantenimiento del objetivo. Como no es realista estar recurriendo siempre a la estrategia de la conducta incompatible, debe programarse un desmantelamiento progresivo del procedimiento para que la conducta deseada se perpetúe gracias a un reforzamiento más natural. De este modo, en el caso del joven, se puede recurrir a cambiar poco a poco el despegar las etiquetas, que es una conducta incompatible en principio más eficaz pues le mantenía ocupadas las manos por otras más comunes, como consultar mensajes del móvil u hojear una revista que se tiene en el baño.

12.5. Reforzamiento diferencial de conductas alternativas (RDA)

Cuando no se hallan respuestas incompatibles apropiadas, puede recurrirse al reforzamiento diferencial de conductas alternativas (RDA). En esencia, esta técnica consiste en reforzar una conducta topográficamente diferente de la que se quiere reducir, pero no necesariamente incompatible con ella. Por ejemplo, si se desea que un niño de diez años no juegue con su consola podría proponérsele hacer otras cosas - aunque no exactamente incompatibles

con jugar a la consola-, pero sí alternativas a esta, como, por ejemplo, leer un cómic, jugar con los soldados o con una pista de carreras, etc. Obsérvese que en este caso no se espera que por el mero hecho de jugar a otras cosas aprecie lo divertido que es tener varias alternativas, sino que, además, se reforzarán externamente y, en cualquier caso, no se prohibirá el que juegue con la consola.

El RDA es un método útil para controlar las conductas agresivas y disruptivas y también otra opción para los problemas citados en el caso de la RDI. Su puesta en práctica sigue también unos pasos similares a los de este último método, con la única diferencia de plantear conductas alternativas aunque no necesariamente incompatibles.

12.6. Ejemplo aplicado: el caso de Ramón

Ramón es un paciente que necesita disminuir el consumo de alimentos con alto contenido en calorías (bollería, patatas fritas, etc.) así como el número de veces a la semana que va a comer o a cenar a un restaurante de comida rápida. Aunque quiere reducir tal ingesta, no desea dejar absolutamente de tomarlos, por lo que acuerda un programa de reforzamiento diferencial de tasas bajas.

M (Modificador): Hola, Ramón. Hoy vamos a trabajar cómo disminuir la cantidad de alimentos hipercalóricos. Me comentaste que querías bajar el número de estas comidas, como bollos, patatas fritas, etc., así como ir menos a restaurantes de comida rápida. Como no quieres eliminarlos totalmente, vamos a fijar unas pautas para conseguir este objetivo.

R (Ramón): ¿Y cómo lo vamos a hacer?

M: En primer lugar, vamos a separar objetivos por días y por semanas. Los productos como los bollos o las patatas fritas las vamos a trabajar por día. Y vamos a establecer unos objetivos diarios de forma consensuada, pactando el mínimo que quieras consumir. Una vez que hemos visto tu consumo diario, que es de cuatro bollos y tres bolsas de patatas fritas, yo te

propongo que al día comas un bollo y, en vez de una bolsa, las patatas fritas que caben en una taza de desayuno. ¿Qué te parece?

R: Bien.

M: Vale, pues esas son las cantidades que vamos a poner como máximos que tomar a lo largo de un día. Eso por un lado; por otro, está el tema de los restaurantes de comida rápida. A lo largo de la semana me has dicho que vas bastante a comer a estos sitios. Concretamente, ¿cuántas veces sueles ir a la semana?

R: Normalmente un par de veces, bueno, en realidad entre dos y tres.

M: De acuerdo, pues ¿qué te parece ir a estos sitios una vez cada dos semanas?

R: ¡Uf! Me parece muy complicado. Más que nada porque es ya como un ritual. Todos los sábados, antes de salir, solemos ir los amigos a cenar a estos sitios.

M: Vale, y las otras veces de la semana, ¿vas tú solo o con los amigos también?

R: No, entre semana voy yo solo cuando doblo en el trabajo.

M: Vale. Si ves que es muy complicado empezar con una vez cada dos semanas, podemos dejarlo en una vez a la semana, ¿mejor?

R: Sí, mejor.

M: ¿Cuál es la vez que más te costaría abandonar, la cena de los fines de semana, o entre diario cuando trabajas?

R: La de los fines de semana la veo más complicada de dejar, es la que voy con mis amigos, como te digo.

M: Pues entonces suprimimos las de la comida del trabajo. De todas formas, nos marcamos como objetivo comer una vez en un restaurante de comida rápida a la semana; partiendo de esto, tú lo puedes gestionar como quieras, es decir, una vez a la semana, puedes ir cuando quieras.

R: Muy bien.

M: Vale, eso por un lado. Ahora, para mantener estos cambios en el tiempo, nos vamos a premiar por conseguir estos objetivos. A lo largo del día, si consigues consumir solo un bollo y la taza de patatas, te vas a dar una recompensa.

R: ¿Una recompensa?, ¿y cuál?

M: ¿Qué quieres darte? Debe ser algo muy agradable para ti, que no sea algo que puedas tener todos los días o que no te des habitualmente, y que no te canse o aburra.

R: Pues... una hora de ocio por la noche, para ver la televisión o algo.

M: Estupendo. Pues cada día, si cumples estos dos objetivos, te tienes que recompensar con una hora de ocio.

R: Vale.

M: Si no consigues los objetivos del día, pues no hay recompensa por la noche. Esa es la idea.

R: Muy bien.

M: Ahora, con el objetivo de los restaurantes de comida rápida, que hemos acordado una vez a la semana, si al final de esta, solo has ido una vez, te vas a dar otra recompensa. Este sería un premio semanal, y tiene que tener las mismas características que el otro: algo agradable para ti, que no lo tengas habitualmente y que no te aburra o te canse. ¿Qué se te ocurre?

R: ¡Uf!... pues, no sé. ¿Tiene que ser material?

M: No, para nada.

R: ¿No hace falta? Pues no sé, no se me ocurre nada.

M: A mí se me ocurre que, por ejemplo, si te has ahorrado a la semana 8 o 10 euros por la comida que hemos eliminado, con ese dinero puedes comprarte algo para ti, como una entrada para el cine.

R: Sí, puede estar bien.

M: ¿Probamos esta semana a ver qué tal?

R: Sí, claro.

[Pasa una semana.]

M: Hola Ramón, ¿qué tal te ha ido?

R: Bueno, bien, costó un poco.

M: ¿Qué tal fueron los objetivos del día?

R: Al principio de semana me costó un poco. El primer día bien, el segundo ya no tuve premio. Pero bueno, el resto de la semana bien.

M: ¿Y los objetivos de la semana?

R: La verdad es que doblé el miércoles, y me resultó muy difícil, por el tiempo, la comodidad. Pero la verdad es que luego vale la pena. Me encontré contento conmigo mismo cuando me vi en el cine porque me lo había ganado. Y la verdad es que el no ver la tele el día de la semana que me pasé con los bollos me sirvió para concienciarme.

M: Pues felicidades. Esta semana has conseguido disminuir el número de alimentos hipercalóricos, así como el número de comidas en un

restaurante de comida rápida. Y, bueno, aunque haya habido un día en el que no hubo recompensa, tú mismo has sido capaz de regularte el resto de la semana; así que enhorabuena, Ramón. Aun así, como un día de la semana no conseguiste el objetivo, vamos a pensar una actividad alternativa a comerse el bollo o las patatas fritas. ¿Podemos sustituirlo por una fruta?

R: La verdad es que también me gusta, pero nunca se me ocurre llegar a comérmela.

M: Pues fenomenal. Pero tenemos que tenerlas preparadas y a mano.

R: Las compro y las dejo cerca.

M: Eso es.

13

Control de estímulos e inducción situacional

La sabiduría popular que recomienda evitar las tentaciones para no lamentar luego los propios actos guarda cierto paralelismo con el método de modificación de conducta conocido como control estimular. Y aunque el procedimiento, lógicamente, no tiene ninguna connotación moral, es probable que algunas personas al leer sobre él encuentren algún parecido con historias con las que les educaron. Un caso ejemplar en este sentido puede leerse en la Odisea, cuando se describe cómo - siguiendo el sabio consejo de la hechicera Circe - Ulises se ató al mástil de su barco y tapó con cera los oídos de sus marineros justo cuando iban a navegar por la zona en que se hallaban las sirenas. Ulises, al oír su mágico e irresistible canto, empezó a gritar y a rogar a sus hombres que le soltasen para poder unirse a ellas y, si no hubiese sido por las ataduras y la sordera inducida en los remeros, se hubiese arrojado al agua y perecido; gracias a la estratagema, él y sus hombres consiguieron salir ilesos y continuar su viaje.

Mucho más recientemente, y en situaciones reales, se usa mucho el control de estímulos, aunque de forma asistemática y sin conocimiento de sus fundamentos, y ejemplos de ello es servirse de avisos y recordatorios (por ejemplo, con post-it o con alarmas en los móviles) o ponerse trabas e impedimentos a fin de no acabar haciendo aquello de lo que luego uno se arrepiente.

La inducción situacional puede considerarse una forma organizada o estructurada previamente de control de estímulos, y se define como el uso de situaciones y ambientes que ejercen - por la historia de aprendizaje común -

un control sobre el comportamiento. Así, por ejemplo, la manera de colocar los productos, la música y la gente que se mueve por los grandes almacenes inducen a comprar, el recogimiento de un templo invita a hablar en voz baja y el bullicio de una fiesta anima a divertirse, bailar y mostrarse jovial.

13.1. Qué es el control de estímulos

El control de estímulos (o control estimular) es una técnica que consiste en diseñar un entorno lo más libre posible de estímulos disparadores de la conducta inadaptada. Dado que muchas conductas se desencadenan de forma casi automática ante unos estímulos concretos que están bien identificados, una manera de controlar la probabilidad de aparición de las conductas problemáticas estriba en detectar estos estímulos y retirarlos. De este modo, por ejemplo, si una persona con un problema diabético sale por una boca de metro y esto le hace pasar justo por delante de una pastelería que le tienta de forma irresistible, aunque antes de pasar por allí ni se le había ocurrido comprarse unos pasteles, una alternativa desde el control estimular consistiría en hacerle salir por otra boca de metro, aunque suponga caminar un poco más, y repetir esa acción hasta que se convierta en un hábito sobre el que no reflexione; de este modo, sin un excesivo esfuerzo controlará la conducta de comer dulces.

El control de estímulos no es un procedimiento pensado para fortalecer la voluntad: en realidad trata de facilitar el control de algunas conductas que cuesta frenar ante la aparición del estímulo. Sí requiere planificación y, a veces, de la ayuda de otras personas. No obstante, hay que entender que, en algún grado, el control estimular sucede continuamente, por ejemplo cuando se programa el despertador a una determinada hora para levantarse y llegar con seguridad a cumplir una obligación, cuando alguien decide ir a un casino sin mucho dinero porque sabe que si lo lleva es mucho más probable que lo apueste y pierda, o cuando se pone un contador o un filtro en el ordenador personal para no sobrepasar el tiempo dedicado a Jugar on line.

El control de estímulos requiere de un análisis bastante detallado de las circunstancias en que resulta más probable el desencadenamiento de la

conducta problema y de un pormenorizado trabajo para crear un entorno lo más libre posible de estímulos disparadores. En esta labor el modificador deberá llevar a cabo un análisis muy fino, mostrarse imaginativo en la implementación de controles y conocer en profundidad las circunstancias de la persona que trata y amoldar sus estrategias a ellas. Afortunadamente, existe ya una abundante investigación respecto a cómo diseñar buenos controles estimulares ante problemas muy extendidos, como, por ejemplo, la dificultad de concentrarse en el estudio, el insomnio, las conductas adictivas (en particular, la adicción a la nicotina), los problemas de juego patológico, el retraso o el incumplimiento de tareas y obligaciones o comer de forma excesiva o picar demasiado entre horas.

13.2. Aplicación del control de estímulos

A continuación se describen los pasos necesarios para llevar a cabo la aplicación de esta técnica:

1. Análisis de los discriminativos de la conducta problema. En primer lugar debe realizarse un análisis funcional pormenorizado para identificar cuáles son los estímulos discriminativos que provocan la aparición de la conducta. Téngase en cuenta que, en muchas ocasiones, no se trata tanto de un estímulo cuanto de una configuración estimular. Así, por ejemplo, es más fácil que una persona con un problema de ludopatía con las tragaperras ponga en marcha su conducta de adicción no tanto al ver la máquina en un bar, sino cuando, además, lleva dinero encima, está solo, ha bebido algo y dispone de tiempo. También es importante ajustarse al caso específico y no trabajar con apriorismos respecto a la probabilidad de la conducta en general. De este modo, puede ser el caso de una persona que pique entre horas cuando se queda en casa por la tarde, pero no si sale a hacer compras o va al cine; en cambio, otro puede presentar ese problema justamente cuando va al cine, pues ha asociado esta situación a tomar palomitas y refrescos. Mientras que en el primero de los casos un control de estímulos puede residir en no quedarse en casa, en el otro será justo al revés.

2. Selección de las estrategias que aplicar. Una vez que se está seguro de los estímulos y situaciones que facilitan la aparición de la conducta problema, se plantearán posibles métodos de retirada o cambio de esos estímulos. Es mejor que en este momento, y si tiene la capacidad para hacerlo, el sujeto implicado proponga alternativas y dé ideas para procurar este control. Así mismo, puede sugerirse la intervención de otras personas si se ve incapaz en este momento de hacerlo él solo. En algunos casos, se efectuarán aproximaciones graduales para alcanzar los objetivos por medio del control de un conjunto mayor de estímulos discriminativos. Así, por ejemplo, a una chica que ha decidido ir a la piscina dos tardes a la semana le puede ayudar ponerse el bañador debajo de la ropa desde que se viste por la mañana, ir acompañada a la piscina por una amiga, y reducir el tiempo de nadar a media hora durante la primera semana.
3. Elección del reforzamiento que acompañará el control de estímulos. Además del reforzador natural que se alcanza con la no emisión de la conducta problemática gracias al control de estímulos, es útil en un primer momento elegir algún reforzador que se obtendrá si se sigue correctamente el plan. Por ejemplo, la persona que ha ido al supermercado y no ha comprado productos hipercalóricos gracias a haberlo hecho con una lista cerrada y sin hambre por haber ido justo después de la comida, deberá recibir un refuerzo (o autorrefuerzo) por conseguirlo, que consiste en regalarse un libro o ver una película que le apetecía.
4. Programación de la retirada del control de estímulos. Aunque en algunos casos pueden mantenerse indefinidamente ciertos controles de estímulos, en otros casos es recomendable desvanecerlos al resultar artificiales para la vida corriente y poderse sustituir por estímulos más naturales. Por ejemplo, en el caso de la ludopatía, aunque al inicio - justo por la falta de control - es mejor que la persona no lleve nada de dinero encima de forma que resulte completamente imposible jugar, si esta situación se prolonga, seguramente que, en algún momento, lleve

encima cierta cantidad de dinero y, en ese caso, será más probable que lo apueste. Por esta razón, conviene que vaya aprendiendo a llevar pequeñas cantidades, que luego pueda ir solo e, incluso, entrar en bares donde haya máquinas tragaperras, siempre que haya adquirido mayor control gracias a otras estrategias aprendidas.

13.3. Campos de aplicación

El control estimular se ha aplicado en multitud de problemas, normalmente acompañando a otros procedimientos. A continuación se describen algunos ejemplos de su puesta en marcha.

Como procedimiento que puede contribuir a moderar la cantidad de ingesta durante las comidas, aplicar el control estimular supone seguir los siguientes pasos: 1) utilizar platos algo más pequeños y decorados; 2) comer sin la televisión ni otros estímulos y concentrándose en los alimentos; 3) servirse el primer plato poniéndose la cantidad adecuada y retirar la fuente de la mesa (y, preferentemente, guardarla ya en el frigorífico si ha sobrado comida); 4) dejar preparado el segundo plato (también servido en un plato con la cantidad adecuada) y a mano para cuando se retire el primero.

En los casos de insomnio, junto con una adecuada higiene del sueño y la reducción del tiempo en la cama, se puede aplicar un control de estímulos por el que la cama evoque directamente la conducta de dormir. Para ello la persona se levantará de la cama siempre que no logre conciliar el sueño en un tiempo determinado (15-20 minutos). La cama no será utilizada -y, por tanto, no será estímulo discriminativo - para fantasear, pensar en temas vividos o planificar el día siguiente, leer, escuchar la radio, ver la televisión, usar el portátil, hablar por teléfono...

Para facilitar el estudio, se procurará que la zona en la que se busca la concentración carezca de estímulos distractores: tebeos, ordenador, radio, televisión, juegos, etc., y se abandonará un tiempo si se da el comportamiento de pensar en otras cosas y no mantener la atención.

En el caso del control del hábito tabáquico se procurará retirar todos los elementos que recuerden e inciten a fumar: mecheros, ceniceros, cajetillas; así como modificar las situaciones en las que se fumaba: descansos saliendo a la calle, compañeros asociados al consumo, tomar café, etc.

Un último ejemplo con el caso del juego patológico: se dejará de llevar dinero cuando se sale a la calle solo, se retirarán también tarjetas, talonarios, etc., se modificarán las rutas por donde llegaba a salones de recreativos, cambiará las compañías si favorecían el apostar, etc.

13.4. Inducción situacional

Cuando se recurre a marcos situacionales que facilitan la emisión de determinadas conductas y la eliminación de otras se está aplicando la técnica de inducción situacional. Existen cuatro grandes categorías para la puesta en práctica de este método: 1) la reorganización de un ambiente; 2) el traslado de la actividad a un lugar distinto; 3) la reubicación de personas; y 4) el cambio de horarios de la actividad.

13.4.1. Reorganización del ambiente

Consiste en cambiar estructuras físicas del entorno de forma que se modifiquen consecuentemente determinadas conductas. Por ejemplo, si la ropa que se desea llevar puesta está en unos armarios muy llenos, mal organizados y de difícil acceso es más improbable que se utilice. Por tanto, si ponérsela es el objetivo de la intervención, además de reforzar el escoger la ropa elegida, una reorganización del ambiente consistente en situar la ropa de forma más accesible y cambiar la estructuración de los armarios facilitará la emisión de la conducta deseada.

13.4.2. Trasladar la actividad a otra ubicación

Determinadas ubicaciones favorecen la emisión de conductas apropiadas. Por esta razón, invitar a (y reforzar) que las personas implicadas se trasladen a lugares de este tipo es otra inducción situacional muy práctica. Un ejemplo

característico de esta estrategia es el de ir a estudiar a una biblioteca asociada realmente con la concentración en el libro, en vez de tratar de estudiar en el propio cuarto o en una cafetería, donde uno suele distraerse.

13.4.3. Reubicar a las personas

En las ocasiones en que resulta difícil cambiar los comportamientos de determinadas personas, una estrategia sencilla de inducción situacional consiste en cambiarlas de lugar y ponerlas separadas de otras con las que surgen conflictos o al lado de otras que favorecen el buen clima o el rendimiento. Así, por ejemplo, un jefe puede pensar en separar a dos empleados para que se produzcan menos fricciones entre ellos; o un profesor puede separar a dos alumnos que hablan en exceso entre sí para que mejore su atención en clase.

13.4.4. Cambiar de horarios la actividad

Por último, otro recurso consiste en modificar el momento en el que se llevan a cabo las actividades, de forma que el nuevo horario favorezca su correcta emisión. Por ejemplo, una persona que debe aprender relajación muscular progresiva pero que se queda dormida siempre que la entrena porque no la practica hasta las doce de la noche, deberá adelantar su hora de aprendizaje.

13.5. Ejemplo aplicado: el caso de Cecilia

Cecilia, de treinta y siete años, es una paciente con problemas de insomnio debido exclusivamente a malos hábitos a la hora de irse a dormir. Para cambiar este aprendizaje se emplea el control estimular que se orientará a instaurar una buena higiene del sueño.

M (Modificador): Bueno, Cecilia, me comentaste ya tu problema a la hora de conciliar el sueño.

C (Cecilia): Sí, me cuesta un montón dormirme, pero un montón. Empiezo a dar vueltas y vueltas... Y el caso es que cuando me voy a la

cama tengo sueño, pero...

M: ¿A qué hora te vas a la cama normalmente?

C: Pues a las once o así. Sí, normalmente a las once, porque al día siguiente madrugo.

M: ¿Y a qué hora normalmente te duermes?

C: Sobre las dos de la mañana.

M: ¿A las dos de la mañana? Y ¿qué haces en ese tiempo?

C: Pues, ya te digo, normalmente a las diez y media o así, después de cenar, me voy a la cama. Y allí me pongo la televisión, hasta las once y media o así. A esta hora, apago la televisión para dormirme, pero nada. Mira que me levanto al día siguiente a las siete, pero me es imposible dormirme pronto. Hasta las dos dando vueltas; algunos días me cuesta tanto dormirme que enciendo la luz y me pongo a leer.

M: ¿Lees en la cama?

C: Sí. Y nada, todos los días así.

M: ¿Qué actividades sueles hacer normalmente en la cama?

C: Siempre antes de irme a dormir me pongo la televisión un rato. También suelo leer, sobre todo los fines de semana, porque como no tengo que madrugar al día siguiente... A veces también veo películas algunas tardes... y ya, ya está.

M: Veo que haces muchas cosas en la cama, ya casi es como una silla más. Sin embargo, para lo que menos la usas es para su función: dormir.

C: Ya, pero es donde más cómoda estoy.

M: Realizando tantas actividades en la cama has ido añadiendo como

"anexos" a la cama. Esos anexos hacen que condiciones la cama a actividad, es decir, tú te sientas en la cama o te tumbas, y siempre estás haciendo cosas. Menos el tiempo que duermes, siempre estás haciendo cosas y actividades en la cama.

C: Pero tampoco son cosas muy activas.

M: Es verdad, pero son actividades que te mantienen despierta. De hecho, necesariamente te tienen que mantener despierta.

C: Ya, bueno.

M: Pues hay que volver a "unir" la cama a lo que es y para lo que es. Es decir, hay que ir quitándole esos "anexos". Hay que quitarle ver la televisión, la lectura...

C: Pero entonces, ¿no voy a poder ver la televisión en la cama? Es que tengo la costumbre de verla un rato justo antes de irme a dormir. ¿Eso no puedo hacerlo?

M: No, porque tenemos que conseguir unir la cama al sueño y a dormir. Solo vas a ir a la cama para dormir. Por eso, si pasados 20 minutos en la cama, no duermes, te tienes que levantar de la cama y hacer alguna actividad para que te entre sueño.

C: ¡Ufff!

M: Soy consciente de que es muy engorroso, y al principio te va a costar mucho, pero es lo que tenemos que hacer para quitar los hábitos que tienes en este momento y que son los causantes de tu insomnio. ¿Cuál es el fin que buscas tú?

C: Ya, si lo entiendo. Quiero dormir.

M: Tú lo que quieres es ir a la cama y dormir, ¿no?

C: Sí.

M: Pues entonces hay que eliminar los "anexos" que no sean dormir. Hay que llevar a otra parte esas actividades que hacen que tú cuando estés en la cama estés activa, y que dificultan que concilies el sueño.

C: Vale, pues pruebo esta semana a ver qué tal.

[Pasa una semana.]

M: Hola, ¿Qué tal la semana?

C: Muy cansada. Hice lo que me dijiste: ya no veo la televisión, ya no leo en la cama, estoy en el salón, y cuando me entra sueño me voy a la cama. Pero es imposible, he seguido dando vueltas hasta las dos. Entonces, claro, cada veinte minutos me levantaba, iba al salón, me ponía a leer o a ver la tele. Me entraba sueño, me iba a la cama, pero nada; dando vueltas y vueltas sin dormir, y me tenía que volver a levantar. Total que nada, me dormía a las dos de la mañana, me levantaba a las siete, dormía cinco horas, y durante el día estaba muy cansada. Me he echado unas siestas esta semana de dos horas.

M: ¿Te has echado la siesta esta semana?

C: Sí, porque yo con cinco horas de sueño no puedo estar.

M: ¿De cuánto tiempo dices que han sido las siestas?

C: Pues una hora y media o dos horas, sí, más de dos horas que otra cosa. Y hasta alguna cabezadita más por ahí no he podido evitar.

M: ¿A qué hora normalmente te has echado la siesta?

C: Pues no sé, cuando llego de trabajar. A lo mejor sobre las cuatro de la tarde o así.

M: Entonces, te levantabas de la siesta sobre las seis de la tarde, ¿no?

C: Sí, porque es que si no es toda la tarde con dolor de cabeza del sueño, y estoy que no me entero de nada.

M: Es normal que durmiendo cinco horas estuvieras así. Pero también, con dos horas de sueño a mitad de la tarde, también es normal que cuando te acuestes a las once no te duermas. Otra cosa, ¿dónde te echas la siesta?

C: En la cama. Y mira, ahí no leo ni nada. Es acostarme y dormirme directamente. Ahí no tengo que hacer nada.

M: Efectivamente, esa es la idea. Y hay que conseguir eso pero por la noche. Para ello lo que tenemos que hacer ahora es suprimir la siesta. Parece poco, pero es lo que tenemos que hacer. No pasa nada porque al principio solo tengas cinco horas de sueño; eso es justo lo que va a hacer que te duermas antes.

C: ¡Buf!, vale. Pues lo intento esta semana. Sí, comprendo que lo de la siesta no me debe estar ayudando a conseguir el objetivo.

M: Ánimo Cecilia. En poco tiempo vas a volver a dormir mejor por la noche.

[Pasa una semana.]

M: Bueno, ¿Qué tal esta semana?

C: Estoy... ¡qué semana más mala! Estoy muy cansada. Los primeros días un dolor de cabeza... hice lo de controlar la siesta, que me ha costado Dios y ayuda. Y me he estado levantando cuando no me dormía, y luego me iba a dormir a la cama, e iba con sueño, pero todavía me costaba. Sí es verdad que ya no me dan las dos de la mañana. Estos últimos días ni siquiera me tengo que levantar a los veinte minutos, porque ni llego, me duermo antes. Pero ha sido una semana bastante mala.

M: Bueno, pero eso está muy bien, muy bien. Ya, cuando te acuestas, no tardas ni veinte minutos en dormirte, eso está muy bien. Acuérdate que antes estabas de once a dos sin conciliar el sueño. ¿Qué tal te levantas por las mañanas estos últimos días?

C: Pues con sueño.

M: Es normal. Todavía tienes sueño acumulado de los últimos días. Pero esto es lo que queríamos conseguir. A partir de ahora la cosa va a ir mejor. Tienes que aguantar, eso sí, sin cambiar lo que estamos haciendo. La cama ya está quedando asociada a dormir y como estamos cambiando un aprendizaje muy arraigado es normal que cueste. Y no te preocupes que, en no mucho tiempo, dormirás un intervalo normal por la noche, por ejemplo de once a siete.

14

Coste de respuesta

En este capítulo y en los tres siguientes se presentan varios métodos orientados a la disminución por medio de castigos de las conductas inadaptadas. Aunque de naturaleza muy distinta entre sí: dos de las técnicas son formas de castigos negativos, otra un castigo positivo y, por último, la saciación, una alternativa más difícil de categorizar, pues puede situarse entre ambas formas según su intensidad. Todas resultan aversivas y, por tanto, debe recurrirse a ellas con mucha cautela por los efectos indeseables que llevan aparejados (irritabilidad, frustración, deseos de ocultamiento y engaño de las propias conductas, etc.). Naturalmente, como ya se mencionó en la introducción del capítulo 11, estas técnicas no deben aplicarse sin el acompañamiento del reforzamiento positivo de las conductas deseables alternativas. Pero, además, si cabe la posibilidad de prescindir de ellas y eliminar las conductas por medio de alguna de las otras estrategias ya vistas (control de estímulos, reforzamientos diferenciales, extinción), esa será la mejor alternativa.

14.1. Qué es el coste de respuesta

El coste de respuesta es una técnica por la que, de forma contingente con la conducta inadaptada, se retiran ciertos reforzadores previamente acumulados. Estos reforzadores pueden ser puntos, fichas, dinero, privilegios, actividades, etc. Ejemplos de este procedimiento se encuentran en la imposibilidad de escoger nuevos libros de una biblioteca durante un tiempo si se sobrepasa la fecha para la devolución de los anteriores, no permitir salir el sábado a un adolescente que había prometido llegar el viernes antes de las once de la noche, el cobro de una cantidad extra cuando se sobrepasan los minutos de conversación telefónica contratados, perder puntos del carnet de conducir si

se supera el límite de velocidad en un túnel o privar de minutos de recreo a un alumno que ha estado gritando durante la clase. Sin embargo, hay que tener en cuenta que para que se trate realmente de un coste de respuesta ha de existir una contingencia entre las infracciones señaladas y la retirada de reforzadores, lo que no sucede siempre, sobre todo en situaciones como las del adolescente que llega tarde o el que se porta mal en clase, o el conductor que a veces sobrepasa el límite de velocidad pero no es detectado.

Como puede comprobarse, no se trata de una extinción, pues el reforzador que se retira no es el que mantiene la conducta, sino otros distintos pero que resultan importantes y valiosos para el sujeto. Por esta razón es crucial retirar reforzadores muy apreciados por el sujeto, pues solo así contrarrestarán el peso del reforzamiento que perpetúa la conducta indeseable.

14.2. Aplicación del coste de respuesta

Como procedimiento para el control de las conductas indeseables, el coste de respuesta se aplica continuamente, aunque de forma no sistemática. Para una correcta puesta en práctica deben seguirse los pasos que se indican a continuación.

1. Existencia previa de una reserva de reforzadores que se pueden retirar contingentemente. Es inútil tratar de controlar una conducta recurriendo a la retirada de unos reforzadores de que carece el sujeto. Así, por ejemplo, alguien que no dispone ya de puntos en el carnet de conducir, pero que a pesar de esto coge el coche, no siente como algo amenazante esa retirada; o la adolescente que, por la acumulación de castigos de sus padres, ya ha perdido la posibilidad de salir de casa los siguientes quince fines de semana es improbable que cambie su conducta por temer perder el fin de semana decimosexto.
2. Empleo de reforzadores importantes para el sujeto. Además de estar disponibles, los reforzadores deben importar o ser valorados de modo especial para el sujeto. Así, si un hijo es castigado sin ver la televisión, pero eso no le importa tanto como jugar con la videoconsola, ese coste

de respuesta no tendrá efecto en su comportamiento. Solo con la certeza de que el reforzador que se va a retirar tiene importancia cobra sentido utilizar este procedimiento. Así mismo, interesa que en la aplicación se regulen cantidades de reforzador en vez de eliminarlo en bloque; esto es, si se emplean fichas puede perderse una ficha por cada conducta inapropiada en clase y cada una de esas fichas valer dos minutos de recreo; igualmente, en vez de perder todo derecho a ver la televisión es mejor perder tiempos parciales.

3. Valorar la posibilidad real de sancionar contingentemente con el coste de respuesta. Cuando a las personas implicadas en un coste de respuesta les parece poco razonable ser sancionadas a pesar de emitir la conducta indeseable o que no se va a hacer realmente una aplicación justa (esto es, cuando dudan de la contingencia entre la conducta indeseable y el coste de respuesta) no cambiarán sus comportamientos. La aplicación únicamente cabe cuando el modificador está seguro de que sabrá si se ha emitido o no la conducta indeseable y en qué grado. Así, por ejemplo, en el caso de las sanciones de tráfico, muchos conductores tienen la experiencia de que por haber sobrepasado brevemente el límite de velocidad o haber aparcado unos pocos minutos en doble fila no serán sancionados. Esa falta de contingencia les animará a seguir cometiendo la infracción. En cambio, es menos habitual que alguien se despreocupe si ha dejado la cuenta corriente en números rojos, pues sabe que el programa informático del banco detectará el descubierto al instante y comenzará a aplicar el porcentaje sancionador de intereses desde ese mismo instante. Justamente la inmediatez entre la conducta indeseable y la aparición del coste de respuesta es otra de las claves para que funcione esta técnica, mientras que las demoras largas entre la conducta sancionada y la retirada de reforzadores le hará perder eficacia.

4. Comunicar la nueva situación al sujeto implicado. Las nuevas contingencias que se seguirán para castigar negativamente a través del coste de respuesta las conductas indeseables deben ser explicadas

detenidamente al sujeto, de forma que la situación no le sorprenda. Por supuesto, no puede esperarse que en todos los casos la mera comunicación modifique la conducta antes de la aplicación en sí del procedimiento; sin embargo, supone siempre una ayuda para que el aprendizaje se produzca más rápidamente. Por otro lado, debe saberse que esto tampoco anulará las reacciones emocionales negativas del sujeto cuando reciba el coste de respuesta. En esta situación es esencial que el modificador haga ver la contingencia entre conducta indeseable y coste de respuesta, pues la retirada de reforzadores no obedece al enfado o la contrariedad, sino exclusivamente a la emisión de la conducta indeseable.

5. Reforzamiento de la conducta deseable alternativa. Para que la aplicación del coste de respuesta sea eficaz, a la vez debe reforzarse la conducta deseable alternativa. Así, por ejemplo, si se ha dicho a una adolescente que no saldrá el sábado si no llega el viernes a las once de la noche, y llega a las diez y media, lo más adecuado sería dar un reforzamiento social a esa conducta adaptada (con elogios y comentarios positivos) y quizás también - en especial, en los primeros momentos de la aplicación de la técnica - sumar a ese reforzamiento social un material (por ejemplo, darle algo más del dinero previsto para su salida el sábado). Con la combinación de ambos es mucho más probable que en las futuras ocasiones la adolescente respete el acuerdo y llegue a la hora designada.

14.3. Ejemplo aplicado: el caso de Corina

Corina es una paciente internada en una planta de psiquiatría. Al principio del internamiento, los pacientes llevan el pijama que les proporciona el hospital. A medida que mejoran, y como recompensa, se les da su propia ropa (denominada ropa de calle) para que puedan bajar a los jardines del hospital. Está prohibido que los pacientes, aunque fumen, tengan mechero propio, por motivos de seguridad. Para ello, existe un único mechero en el control de enfermería donde los pacientes pueden ir a encenderse el cigarro. Todos los pacientes conocen esta normativa, y saben que si la incumplen perderán de

nuevo la ropa de calle.

M (Modificador): Hola, Corina. ¿Qué tal estás?

C (Corina): Pues bien, aquí estamos...

M: ¿Qué tal el día?

C: Bien...

M: Me han comentado las enfermeras que ha habido un problema con un mechero. ¿Qué ha pasado?

C: Pues nada... Es que me devolvieron la ropa de calle hace tres días y dio la casualidad que en uno de los bolsillos del pantalón había un mechero. Así que, nada, me dieron la ropa, me bajé abajo y me fumé un cigarro. Luego, a los tres días, en planta, me pillaron las enfermeras encendiéndome un cigarro con el mechero. Supongo que de ahí viene el problema.

M: Bueno, sabes que aquí en planta está prohibido que haya mecheros. Es peligroso. No solo por ti, sino por los demás pacientes; por eso solo hay un mechero para todos en enfermería. ¿Cuándo te dieron la ropa de calle?

C: ¿A qué estamos? ¿A viernes? Pues el lunes.

M: Y lo del mechero pasó el martes, ¿no?

C: Sí, el martes.

M: ¿Has estado tres días con el mechero?

C: Sí...

M: Sabes que por las normas del hospital no puedes tener mecheros. Si te lo encontraste en el pantalón, ¿por qué no se lo dijiste a las enfermeras?

C: Porque da pereza ir hasta enfermería para encenderme un cigarro. Además, si estoy abajo, ¿qué tengo que hacer?

M: Lo que hacen todos los pacientes, subir. También los empleados de abajo te pueden dar fuego, si tienen: por ejemplo, los guardias de seguridad.

C: Ya, pero tengo que ir a pedirles fuego teniendo yo un mechero en mi pantalón.

M: Sé que puede resultar pesado, pero son las normas del hospital, no podéis tener mecheros.

C: Ya...

M: Y bueno, he estado hablando con las enfermeras y has tardado bastante en devolver el mechero, lo has devuelto porque te han pillado, y no es la primera vez que pasa. Entonces, lo que tenemos pensado es que como has tenido el mechero sin decir nada, sabiendo las normas del hospital, vamos quitarte la ropa de calle durante tres días, que son los mismos días que has tenido tú el mechero, y volverás a estar con el pijama en planta.

C: ¿Otra vez?

M: Sí.

C: Pero esto es injusto. Tener la ropa de calle es muy importante para mí.

M: Sabes que los mecheros no se pueden tener. Dentro de tres días se te volverá a dar la ropa de calle y podrás volver a bajar.

C: En fin... ¡Qué se va a hacer! ¡Pero no te creas que no me joroba!

M: ¡Ah!, y desde ahora recuerda que funcionamos así: cada vez que se

cometa una infracción, el mismo tiempo que se mantenga, se retirará la ropa. Pero te digo otra cosa: como te sabes bien las normas del hospital, si estás más que cumplidora y facilitando las cosas, entonces te ganas una recompensa.

C: ¿Una recompensa? ¿Cuál? ¿Me devolvéis antes la ropa de calle?

M: No, Corina, eso no lo puedo hacer. Pero te dejo fumarte algún pitillo más si quieres, o cambiar al canal de la televisión que tú quieras.

C: Vale. Esto ya es otra cosa. Verás que ahora estaré más obediente.

15

Tiempo fuera

En el contexto escolar no es nada infrecuente que el profesor decida echar de clase a algún alumno con la intención de corregir su comportamiento perturbador. También es habitual que se sancione a determinados alumnos con expulsiones de un día o de varios días, en principio con el mismo objetivo. Sin embargo, estas estrategias no tienen que ver con la técnica de modificación de conducta conocida como "tiempo fuera". En realidad, un análisis somero basta para apreciar que el objetivo en los casos anteriores no es tanto enmendar la conducta del alumno castigado, sino conseguir tranquilidad en el aula, descanso para el profesor, que se pueda dar la clase o que el resto de los alumnos no se vean perjudicados por el perturbador. Efectivamente, la investigación y la práctica revelan que esos métodos - así aplicados - no modifican sustancialmente el comportamiento inadaptado de ciertos alumnos y, antes al contrario, contribuyen a aumentar su aversión hacia los entornos escolares. En este capítulo se expondrá un método - el tiempo fuera- que sí procura el cambio en el sujeto afectado y que, por tanto, es mucho más eficaz que las expulsiones dichas.

15.1. Qué es el tiempo fuera

El tiempo fuera, o más exactamente, tiempo fuera de reforzamiento (traducción del time-out from reinforcement, del inglés), se define como un procedimiento según el cual a la persona que está inmersa en una situación se le priva temporalmente del acceso a cualquier reforzador. Así, por ejemplo, si un niño de 6 años está jugando en su cuarto con su hermano de 5 y en un momento dado quiere arrebatarse un juguete, la madre aplicará un tiempo fuera si le obliga a sentarse a su lado y le tiene junto a ella sin permitirle hacer nada durante los siguientes cinco minutos. Luego, puede volver a

incorporarse a la actividad; aunque si de nuevo se comporta de forma inadecuada y molesta a su hermano, de nuevo se le volvería a sentar junto a su madre y se le privaría de la actividad (que se entiende como una situación de reforzamiento positivo).

Por tanto, lo que se pretende con el tiempo fuera es que el sujeto se aburra. El deseo de querer volver a la actividad le empujará a controlarse la siguiente vez que juegue y evite entrar en disputas que acarreen esas consecuencias. De todo esto se sigue que la aplicación del tiempo fuera debe ser siempre breve, pues si la persona sabe que ese periodo se prolonga perderá interés en la actividad y dirigirá su atención hacia otra cosa. De hecho, se ha comprobado experimentalmente que prolongar más allá de un punto óptimo el tiempo fuera resulta contraproducente en términos de eficacia y, por tanto, algo cuestionable éticamente. Así mismo, la situación de la que es apartada la persona que entra en tiempo fuera debe ser reforzante en algún grado y, desde luego, más que la situación de tiempo fuera. Si el sujeto por su mal comportamiento puede escapar de un entorno poco atractivo o incluso aversivo (por ejemplo, una clase que no le agrada de ninguna manera) puede que provoque su expulsión al tiempo fuera de manera consciente e intencionada.

El tiempo fuera carece de sentido en aquellos niños con gran capacidad de autorreforzarse, que se ensimisman, que aprovechan su abundante imaginación, etc. pues la situación de tiempo fuera no les resultará aburrida. Igualmente, es improcedente con aquellos sujetos que por razones evolutivas o de déficit cognitivo no pueden ver relación entre sus acciones, la retirada de esa situación y la vuelta a esta tras un periodo de tiempo. Solo si se capta con claridad la contingencia entre las conductas y esa consecuencia puede ponerse en práctica.

El tiempo fuera es un procedimiento muy aplicado en el campo educativo - tanto en el entorno escolar como en el familiar-, especialmente en los casos de niños o personas con trastornos evolutivos que muestran conductas agresivas, destructivas, amenazantes o perturbadoras del ambiente. Además, es también un recurso muy útil cuando estas conductas están reforzadas

positivamente por los compañeros de clase u otras compañías. Y, en conjunto, es una técnica practicable con muchos tipos de niños y de un amplio rango de edades, pues puede valer para niños de 2 años (siempre que estos capten las contingencias) y hasta aquellos con 12 o 13 años (o incluso adultos con determinadas características).

15.2. Modalidades del tiempo fuera

Lo descrito en el apartado anterior se refiere a la modalidad más común del tiempo fuera: el tiempo fuera exclusivo. No obstante, existe también otra forma de aplicación: el tiempo fuera no exclusivo. En esta variante no se saca al sujeto de la situación de reforzamiento, pero sí se le priva, durante unos minutos, de un reforzador menor. Por ejemplo, en el contexto escolar se aplica el tiempo fuera no exclusivo cuando el niño que ha tenido una conducta inconveniente sigue en el aula, pero se le impide participar en una actividad atractiva durante cinco minutos. Para contar con estímulos discriminativos de parada y vuelta a la actividad se emplean señales: por ejemplo, una cartulina roja que permanece en el pupitre esos 5 minutos. La aparición de la cartulina señala que no puede intervenir, su retirada que ya puede volver a incorporarse a la actividad gratificante.

15.3. Aplicación del tiempo fuera exclusivo

A continuación, se incluyen los puntos que deben tenerse presentes para una administración correcta del tiempo fuera.

1. Determinación de las conductas que serán objeto del tiempo fuera. En primer lugar, es imprescindible que queden definidas las conductas que tendrán como contrapartida el tiempo fuera. Gracias al análisis funcional y topográfico previos podrán señalarse los comportamientos problema más frecuentes y que requieren esta intervención. El tiempo fuera no es una técnica para aplicar sin una preparación, no se puede poner en marcha porque, en un momento dado, una conducta perturbadora esté molestando.

2. Explicación y avisos en la aplicación del tiempo fuera. En primer lugar se explicará al sujeto en qué consiste el tiempo fuera y que conductas llevarán aparejada su aplicación. Para facilitar su recuerdo, se pueden poner por escrito estas conductas en un cartel situado en un lugar permanentemente visible. Una vez explicadas e iniciado el procedimiento, el sujeto que empieza a emitir una conducta objeto de la sanción recibirá un aviso para que deje de hacerla; pero si tras este primer y único aviso continúa con sus acciones inmediatamente se le aplicará el tiempo fuera.
3. Lugar del tiempo fuera. El lugar donde se aplicará el tiempo fuera debe ser un sitio sin ningún tipo de reforzadores, sin nada que distraiga o entretenga. Idealmente, un cuarto sin ninguna decoración ni nada que hacer en él (si es posible, además, disponerlo con paredes acolchadas, evitará que el sujeto se dé golpes y cause lesiones). En un aula, puede ser una silla mirando a una pared en la que no haya nada (ventanas, pósteres, etc.). En el ámbito familiar (y si se aplica a un niño muy pequeño) una zona en la que quede algo apartado del resto de la familia. El lugar del tiempo fuera ha de estar muy cerca, pues no se debe perder tiempo en dirigirse a él. Dado que en entornos como el escolar las conductas inadaptadas (por ejemplo, gritar, levantarse, hacer bromas, etc.) pueden estar reforzadas por el grupo, la situación tiene que resultar lo suficientemente pesada o aburrida para que contrarresten este reforzamiento.
4. Duración del tiempo fuera. Se ha dicho ya que el tiempo fuera siempre será breve. Un cálculo de eficacia establecido a partir de la investigación indica que aproximadamente un minuto por año es un tiempo recomendable. Por tanto, un niño de 2 o 3 años debe estar unos 3 minutos en tiempo fuera, uno de 5 o 6 años unos 5 minutos, y uno de 10 años no más de 10 minutos. Con tiempos más largos disminuye la eficacia de este método pues el sujeto, sabedor de que debe permanecer así mucho tiempo, dirigirá su atención hacia otras cosas y ya no estará pendiente de volver a la situación de reforzamiento. Durante los

minutos que el sujeto está en tiempo fuera debe permanecer quieto y callado. Si se mueve, se niega a estar allí, habla, etc., el tiempo fuera se prolongará hasta que durante al menos los últimos 15 segundos esté callado, quieto y tranquilo.

5. Llevar al sujeto al tiempo fuera. El sujeto debe ir voluntariamente al tiempo fuera, si bien, al principio, no es raro tener que acompañarlo tirando un poco de él. Sin embargo, no se le debe llevar a la fuerza ni a rastras. Para convencerle de que vaya por sí solo al tiempo fuera si en un principio se niega a hacerlo se le dirá, en primer lugar, que se aumentará un minuto de tiempo por cada uno que tarde en ir. Si continúa sin moverse, se le indicará que perderá un privilegio (por ejemplo, en la escuela que se quedará sin recreo); antes de poner esto en práctica, se efectuará una cuenta atrás (3, 2, 1, 0) para darle ese tiempo y que reaccione. Si todavía se niega, se le indicará que, además de lo anterior, habrá otras consecuencias (por ejemplo, en el colegio que se hablará con el director y se llamará a sus padres). Es importante que cualquier otro niño que esté en ese grupo vea que nadie puede eludir el tiempo fuera impuesto.
6. Finalización del tiempo fuera e incorporación a la actividad. Los tutores, los padres o los profesores que aplican el tiempo fuera deben ser precisos con el tiempo indicado. En un aula, el transcurso del tiempo podrá ser medido por el propio implicado, otro niño de la clase o el profesor y, una vez transcurrido, el sujeto que ha estado en tiempo fuera se incorporará a la actividad directamente. No se aplicarán más reprimendas, ni se le dará ningún tipo de sermón. Si acaso, únicamente se le recordará cómo funciona la aplicación del tiempo fuera si vuelve a emitir las mismas conductas.

15.4. Ejemplo aplicado: el caso de Teresa

La madre de Teresa acude a consulta con el modificador de conducta porque su hija, de siete años, cada vez que juega con el hermano pequeño, de cuatro años, sin querer, le da golpes. Debido a la intervención que se está haciendo

con la niña, el juego supone uno de sus refuerzos de otras conductas que realiza bien, por lo que se plantea el tiempo fuera para conseguir disminuir la conducta pero mantener el juego.

M (Modificador): Hola. ¿Qué tal la semana con Teresa?

MT (Madre de Teresa): Pues bien. Hemos estado haciendo lo que nos dijiste y va todo bien; ya recoge sus juguetes, su cuarto, las pinturas, en las tareas del colegio ya se pone ella sola. Lo que pasa es que es muy "bruta", y cuando se pone a jugar con su hermano pequeño pues le da golpes, y el otro se echa a llorar. Y ya he estado hablando con Teresa de esto, pero nada, no hace caso.

M: ¿Qué has intentado?

MT: Pues la verdad, lo primero que me sale es gritar. Sé que me has dicho que, aunque la castigue, se lo tengo que decir con voz normal, pero en ese momento que veo al pequeño llorando pues es lo primero que me sale; y a veces la mando a su cuarto. Pero me surge un problema, como me dijiste que el juego es su premio por las otras cosas que hace bien, pues no sé qué hacer.

M: Tranquila, ahora vemos qué podemos hacer. Vamos a intentar una cosa: se llama tiempo fuera. Consiste en llevarse a Teresa de la situación cuando esté jugando de esta forma con su hermano, y llevarla a otro lugar donde se aburra. La idea es que Teresa se aburra. ¿Cómo funciona esto? En primer lugar, le vamos a explicar a Teresa que cuando pegue o moleste a su hermano mientras están jugando, no va a poder seguir jugando; se va a tener que venir con nosotros y estar a nuestro lado durante un tiempo determinado sin hacer nada. Como Teresa tiene siete años, van a ser unos siete minutos.

MT: Pero entonces, ¿qué hago? ¿Le quito los juguetes?

M: No, los juguetes se quedan donde están, es a ella a quien sacas de la

situación de juego durante un periodo de tiempo.

MT: Ya... Entonces, dejo al pequeño seguir jugando, y ¿a ella la quito?

M: Eso es.

MT: ¡Ah!

M: Esto, la primera vez que pase, se lo explicas a Teresa; le explicas que a la siguiente vez que dé un golpe a su hermano se va a quedar un tiempo sin jugar y va a estar contigo. La cuestión es que en ese tiempo que está contigo Teresa se aburra y tenga muchas ganas de volver a jugar.

MT: Ya. Entonces, en esos siete minutos, ¿qué hago con ella?

M: Nada, que se quede quieta a tu lado sin hacer nada de nada.

MT: Vale, pues a ver qué tal.

T: Probamos esta semana y me cuentas.

[Pasa una semana.]

M: Hola, ¿qué tal la semana?

MT: Bien. Los primeros días han sido complicados. Hicimos eso que me comentaste, y ¡puff!, los primeros días, difíciles. Se enfadaba, o bien me decía "mamá perdona, que ya no lo voy a hacer más".

M: ¿Y tú qué le decías entonces?

MT: Yo no le decía nada; pero sí que es verdad que algunas veces me entraban ganas de dejarla volver al juego, pero bueno, he conseguido mantenerme "fuerte".

M: Eso está genial, muy bien.

MT: Los últimos días creo que ha ido mejor. Cuando la teníamos que sacar del juego porque se pasaba con el pequeño, a lo mejor, si su padre y yo estábamos sentados en el sofá, pues la poníamos entre los dos. Lo que sí que he notado es que se ponía a hablar con nosotros e intentaba jugar con nosotros.

M: ¿Y vosotros qué habéis hecho?

MT: Pues es lo que quería preguntarte. Yo la he sacado del juego, y el hermano sigue jugando, pero si Teresa se pone a hablar o a jugar con nosotros, entonces, ¿qué hacemos?

M: Está muy bien la pregunta. No tenéis que hablarle ni jugar con ella, porque entonces cambia un juego por otro. La sentáis entre los dos y que se quede quietecita sin hacer nada. Se tiene que aburrir.

MT: Vale, vale. Entendido. ¡Ah!, y otra cosa: su padre decía que si volvía a hacerlo más veces, mejor que estuviera más tiempo entre nosotros, que así escarmentaría más. Y le echaba alguna bronca para que se concienciara.

M: Es natural pensar eso. Pero no sirve para mucho. Vamos a dejar todas las veces siete minutos: con eso es suficiente, si de verdad se aburre. Si veis que va a ponerse bruta con su hermanito le podéis advertir que no lo haga, que si no, se tiene que sentar con vosotros; pero una vez que ya le saquéis de la situación de juego y esté entre vosotros, una vez que pase el tiempo no hace falta echarle sermones: que vuelva a jugar y ya está. Ella ya sabe lo que pierde si de nuevo golpea al pequeño.

MT: De acuerdo, se lo diré a mi marido y así lo haremos.

16

Saciación

Un curioso procedimiento para la disminución y el control de conductas es la saciación. Las cosas que en principio resultan agradables o las actividades que entretienen pueden tomarse insatisfactorias si se toman o se hacen en exceso. Aprovechar de forma programada y sistemática esa situación es el fundamento de la saciación.

Todavía hoy en día, algunos padres se sirven de la repetición o la toma continuada de algo para prevenir su consumo por parte de sus hijos. Por ejemplo, un padre que descubre a su hijo de 14 años fumando puede castigarle obligándole a fumar un puro entero, con la intención de que escarmiente al hartarse de nicotina. Si bien se trata de una forma de saciación, son escasas las posibilidades de que surta el efecto deseado en la conducta futura del hijo, pues al aplicarlo no se advirtió de las consecuencias, no se reforzaron las alternativas y no se tuvo en cuenta el riesgo potencial para la salud de esa acción. En este capítulo se explicará en qué circunstancias sí cabe aplicar la saciación y cómo llevarla a la práctica con las debidas garantías de eficacia.

16.1. Qué es la saciación

La saciación es una técnica que aprovecha un conocido fenómeno de aprendizaje: la presentación masiva de un reforzador debilita su valor reforzante. Al igual que la privación de un estímulo reforzador lo vuelve más deseable, lo contrario también es verdad en algunos casos: su administración excesiva y en un breve espacio de tiempo acaba por resultar aversiva. La cantidad de esa aplicación debe estar muy por encima de la línea base del sujeto, de forma que se produzca un "efecto rebote" - esto es: se baje de la línea base-; justo en ese momento, el sujeto estará más motivado a dirigir su

atención hacia otros estímulos alternativos.

Un ejemplo ilustrativo puede ser el del niño que únicamente desea comer un tipo de alimentos. Si durante varios días solo puede comer (en el desayuno, almuerzo y cena) su plato favorito acabará por resultarle desagradable. Y si, en ese instante, se le refuerza probar otras cosas habrá más posibilidades de que, en el futuro, quiera tomar ya desde el principio los nuevos platos que se le presentan.

Como es lógico, este tipo de técnica únicamente puede llevarse a la práctica cuando no cabe ningún riesgo para la salud de la persona a la que se aplica. También hay que tener en cuenta que funcionará con reforzadores primarios, pues estos suelen saciar rápidamente, pero no necesariamente con reforzadores sociales (atención, cariño, etc.) ni muchos de los secundarios (dinero, fichas que puede canjear, etc.).

16.2. Modalidades de la saciación

Pueden distinguirse dos modalidades de saciación claramente diferenciables. La saciación de estímulo (también denominada saciación del reforzador, porque alude al estímulo reforzador positivo) y la saciación de respuesta (que también se denomina práctica masiva o práctica negativa).

16.2.1. Saciación de estímulo

En realidad, los ejemplos de la introducción (fumar el puro entero) y del apartado anterior (comer durante días solo y exclusivamente una determinada comida) se corresponden con la saciación de estímulo. Por tanto, esta modalidad consiste en proporcionar un estímulo reforzador en tal cantidad o durante tanto tiempo que pierde, al cabo, su atractivo. Otros ejemplos de este tipo de saciación podrían ser tener a un niño más tiempo en el agua (en la bañera o en la piscina) si siempre se niega a salir cuando se lo piden; o mantener a un niño muchas más horas en la cama cuando no obedece y se niega a ir al colegio por las mañanas.

16.2.2. Saciación de respuesta

Una saciación de aplicación más común y probablemente más pedagógica es la de respuesta, también denominada práctica masiva (o negative practice, en inglés). En ocasiones, no se cuenta con la posibilidad de incrementar a voluntad del modificador el estímulo reforzador, pero sí puede conseguirse que el sujeto repita masivamente las respuestas que llevan a obtener ese reforzador. Así, por ejemplo, si un niño es reforzado por el fulgor de la cerilla al encenderse, la intensidad de ese fuego no puede incrementarse (ni sería aconsejable por su peligrosidad), pero sí se puede obligar al niño a encender cientos de cerillas para que tal acción acabe por resultarle odiosa. Se ha empleado la saciación de respuesta también en el tratamiento de los tics, muecas y parpadeos nerviosos: al sujeto se le insta a repetir muchas veces de manera voluntaria esos gestos de forma que llegue a controlarlos lo más posible (por saciación) en otras circunstancias (por ejemplo, en compañía social). No obstante, hay que señalar que hoy en día el tratamiento de estos problemas tiene mejor pronóstico con un programa más completo como representa el entrenamiento en reversión de hábitos. Otro ejemplo característico de la saciación de respuesta es la técnica de fumar rápido para las personas dependientes de la nicotina, pues aspirar muy rápidamente y con intensidad acaba por resultar desagradable. Así mismo, la saciación de respuesta se ha usado con éxito en personas obsesivas o con predemencias para la manía de estar recogiendo o atesorando objetos.

16.3. Aplicación de la saciación

A continuación se enumeran los puntos que deben tenerse presentes para una correcta aplicación de la saciación.

1. Detección y análisis funcional de las conductas que serán objeto de la saciación. En primer lugar, deben definirse las conductas que se tratarán por medio de la saciación. Un correcto análisis funcional puede dar las claves del reforzador por el que persiste la conducta.
2. Elección del tipo de modalidad de saciación. Dada la modalidad de la

conducta y orientado por el análisis funcional, el modificador determinará si debe servirse de la saciación de estímulo o de la saciación de respuesta.

3. Preparación de la conducta deseable alternativa a ofrecer y reforzar. Para aprovechar el efecto rebote que se desencadenará tras el proceso de saciar al sujeto, hace falta tener preparada una alternativa que será reforzada social y, si se ve adecuado, también materialmente en cuanto el sujeto muestre alguna inclinación - aunque sea muy leve - hacia ella.
4. Ofrecimiento de la alternativa y proceso de saciación en sí. Por ejemplo, en el caso de un niño que solo quiere comer pasta y no acepta ninguna otra comida, en primer lugar se le indicará la conveniencia y necesidad de probar otro alimento concreto que se le ofrecerá, pero si se niega a aceptarlo se iniciará el proceso de saciación dando al niño a lo largo de todas las comidas siguientes el mismo plato de pasta (preparado siempre exactamente igual todas las veces). Una vez que haya comido pasta en la comida, cena y desayuno del día siguiente, en la comida se le volverá a ofrecer la comida alternativa indicándole también lo que ganará si la prueba. Si está dispuesto a probarla entonces, aunque sea en muy pequeña cantidad, se le reforzará convenientemente. Si no es así, se seguirá otro día con el proceso de saciación y se repetirá la estrategia.
5. Mantenimiento de la alternativa deseable. El proceso de saciación no debe repetirse varias veces. Una aplicación adecuada basta para el aprendizaje. Sin embargo, sí debe seguir reforzándose el que se opte por las conductas deseables alternativas, al menos el tiempo suficiente para que acabe llegando el reforzamiento natural desde ellas. Por ejemplo, en el caso del niño que prueba otras cosas además de la pasta, seguramente también podrá disfrutar de otros platos.

16.4. Ejemplo aplicado: el caso de Samuel

La madre de Samuel, de ocho años, acude a consulta con su hijo al que, según comenta ella, le encanta estar en la cama y se niega a levantarse

cuando llega la hora de ir al colegio. Esta situación se ha convertido en un problema serio dada su repetición durante todo el curso escolar, y ha originado llegar tarde la mayoría de los días.

M (Modificador): Hola María, ¿qué tal?

MS (Madre de Samuel): Desesperada con el niño.

M: ¿Qué sucede?

MS: Pues que Samuel no quiere levantarse de la cama por las mañanas y hemos estado todo el curso llegando tarde.

M: ¿Ocurre solo los días que tiene colegio?

MS: No, todos los días.

M: ¿Le habéis preguntado el motivo por el que no quiere levantarse?

MS: Sí, dice que le gusta estar en la cama.

M: ¿Habéis probado alguna cosa?

MS: Se lo hemos pedido, le hemos sacado de la cama nosotros, castigado sin televisión y sin juguetes y nada. Yo ya no sé qué más hacer; ¡estoy agotada!

M: Entiendo que es una situación difícil para vosotros y que por eso habéis buscado ayuda.

MS: Sí, de verdad, ya no podemos más.

M: Bueno, vamos a probar una estrategia útil, pero que hay que comprender bien y llevar a la práctica tal y como te explique, pues es algo exigente.

MS: Venga. Cualquier cosa será mejor que esto.

M: Quiero que cada mañana, cuando vayáis a despertar a Samuel, le pidáis por favor que se levante, si él insiste en quedarse en la cama vosotros le vais a dejar, pero no hasta que él quiera, sino que le vais a dejar mucho más tiempo, al menos cuatro horas más.

MS: ¿Y qué conseguimos así?

M: Dejarle en la cama mucho más tiempo del que quiere hará que comience a sentirse incómodo allí y quiera salir. Además, progresivamente irá disminuyendo su tiempo en la cama.

MS: No sé si lo entiendo muy bien.

M: Te lo explico de otro modo: imagínate que te gustan mucho las alitas de pollo y que todos los días comieses algunas. Ahora te pregunto: ¿qué pasaría si todas las comidas del día fuesen alitas de pollo?

MS: ¡Qué horror!, pues que acabaría harta de tantas alitas.

M: Pues eso mismo es lo que queremos conseguir con Samuel y la cama.

MS: Vale, ahora lo entiendo.

M: Muy bien, pues durante esta semana quiero que lo llevéis a cabo.

MS: ¿Cómo lo hacemos?

M: Primero buscamos un día en el que puedas estar tú en casa controlándole y no tenga que ir al colegio.

MS: Sí, el fin de semana. Sigue.

M: A la hora en que deba levantarse vas y le dices: "por favor Samuel, que ya es hora de salir de la cama".

MS: No querrá.

M: Es lo previsible, por lo que me cuentas. Insístele que es necesario obedecer estas cosas y hacer caso cuando mamá dice que es la hora de levantarse.

MS: Es lo que he hecho todo el curso, y como si oyera llover.

M: Pero ahora le añades, si no te hace caso, que vale, que puesto que lo que más le gusta es seguir en la cama eso es lo que va a hacer las siguientes cuatro horas. Y dejas la puerta de su cuarto abierta para controlarle y si se le ocurre levantarse le obligas a volver a la cama. Una vez pasado ese tiempo le das permiso para que se levante y le premias porque te obedezca en ese instante, por ejemplo dándole un chocolate que le gusta mucho, y diciéndole siempre que te encanta cuando te obedece y que es un niño muy bueno.

MS: De acuerdo, vamos a ver qué pasa.

[Pasa una semana.]

M: Hola María, ¿qué tal la semana?

MS: Difícil, la verdad. No ha sido fácil mantener al niño en la cama más tiempo del que él quería.

M: ¿Algún día se levantó justo cuando se lo pedisteis?

MS: Sí, después del fin de semana, pero con algunos titubeos.

M: ¿Hoy se ha levantado bien?

MS: Hoy también parece como si dudase, pero al final se ha levantado.

M: Muy bien, pues quiero que sigáis durante esta semana haciendo lo mismo. Volver a practicar el fin de semana si de nuevo titubea o tarda más tiempo del debido.

[Pasa una semana.]

M: Hola de nuevo María, ¿qué tal ha ido esta vez?

MS: Esta semana ha sido una delicia, daba gusto despertar al niño.

M: Me alegro muchísimo. Como ves, siendo sistemático las cosas funcionan.

MS: ¡Ah!, y ahora parece alegrarse más cuando le digo las cosas que hace bien; se pone más contento.

M: Estupendo. No dejes de hacerlo.

17

Sobrecorrección

Probablemente sin saber que están recurriendo a una técnica de modificación de conducta con notable capacidad pedagógica, alguna vez los jueces de menores imponen sanciones que son formas de sobrecorrección a los chicos que han cometido faltas o delitos poco importantes. Así, por ejemplo, condenar a un joven de dieciséis años que ensució un parque con cristales rotos tras un "botellón" a limpiar, junto a los encargados del servicio municipal del Ayuntamiento y durante varios meses, los parques de la ciudad, es aplicarle una sobrecorrección restitutiva.

Este tipo de castigo sin duda puede resultar mucho más eficaz para no recaer en los mismos comportamientos incívicos que imponer una multa que, casi con toda seguridad, pagarán sus padres y él olvidará rápidamente. Por supuesto, como todas las demás técnicas que aquí se explican, solo si se mantiene la sistemática a la hora de aplicarla y se efectúa un análisis individual que se recomienda se garantiza que a la larga tenga los efectos deseados y no represente, únicamente, una sanción que produzca frustración personal.

17.1. Qué es la sobrecorrección

De forma muy esencial, puede afirmarse que la sobrecorrección consiste en obligar a emitir masivamente conductas deseables (o adaptativas) como castigo por haber emitido una indeseable (o desadaptada). En muchos casos esta emisión supone la mera repetición del comportamiento deseable, que, por su alta tasa, se vuelve aversiva; en otros casos, la sobrecorrección implica la obligación de emitir una gran variedad de conductas deseables. Por tanto, el fundamento de la sobrecorrección estriba en volver poco atractiva la conducta indeseable, puesto que, en caso de producirse, será sancionada con

la repetición excesiva de las deseables. De forma más elemental, se trata de que comportarse de forma inadecuada "no salga a cuenta", ya que en vez de hacer una vez la conducta deseable habrá que acabar haciéndola muchas veces.

La sobrecorrección parece muy similar a hacer repetir al alumno que se ha equivocado en un dictado la palabra correctamente escrita diez veces; no obstante, existen diferencias entre ambas situaciones. Mientras que en el caso de la sobrecorrección la persona conoce y es capaz de emitir la respuesta correcta, pero no lo hace porque le parece más cómodo dar la incorrecta, en el caso de la repetición de la palabra incorrectamente escrita en el dictado, el alumno probablemente deseaba haberla escrito adecuadamente, pero no sabía hacerlo. La repetición en este caso tiene como fundamento un aprendizaje consolidado de la palabra.

17.2. Modalidades de la sobrecorrección

Existen dos formas de sobrecorrección bastante distintas entre sí en su aplicación. Por un lado está la sobrecorrección restitutiva, y, por otro, la sobrecorrección con práctica positiva. La elección de una u otra guarda relación con el impacto que la conducta indeseable tenga sobre el ambiente.

17.2.1. Sobrecorrección restitutiva

La sobrecorrección restitutiva se emplea cuando la acción del sujeto ha dañado o ensuciado de forma permanente el entorno. La aplicación de la técnica consiste en obligar a la persona a limpiar o reparar ese entorno y dejarlo en una situación mejor que como estaba antes de que emitiese la conducta desadaptada.

Así, por ejemplo, si un joven ensucia con colillas una zona de su centro de estudios por no molestarse en tirarlas en el cenicero dispuesto para ello, la sobrecorrección consistirá en hacerle recoger no solo sus propias colillas sino las de todo el entorno y dejarlo más limpio que como estaba. Por supuesto, debe existir la garantía de que el entorno se ha ensuciado a pesar de que se

sabía lo que había que hacer y que hay maneras de detectar siempre y de forma inequívoca a la persona que se comporta así.

El mismo procedimiento se lleva a cabo para aquel que daña "el medio interno" de otro niño pegándole o haciéndole daño de cualquier modo: deberá implicarse en su cura y ayudarlo a recuperarse completamente. Y, por supuesto, en caso de romper mobiliario o enseres en un acto violento, el causante del destrozo debe implicarse en el arreglo de las cosas rotas, colaborando con los que lo reparan.

Los programas con niños que ensucian con vómitos autoprovocados o conscientes entornos físicos, o que presentan problemas de enuresis o encopresis y en los que se les involucra en la limpieza y cambio de la sábanas o sí mismos, incorporan formas de sobrecorrección (aunque, lógicamente, el tratamiento de estos problemas no se reduce únicamente a la incorporación de esta técnica).

17.2.2. Sobrecorrección con práctica positiva

En la variante de la sobrecorrección con práctica positiva el entorno no se ha dañado permanentemente, aunque la conducta del sujeto ha sido molesta o peligrosa para los demás. Por ejemplo, dar portazos cada vez que uno se enfada o correr escaleras abajo en el colegio en un tramo estrecho y empinado, a pesar del riesgo que puede representar para los compañeros, no implica, necesariamente, una afectación del medio, pero se pueden controlar por la sobrecorrección. En este caso, al niño que cierra de un portazo la puerta de la clase se le obliga a abrir y cerrar adecuadamente la puerta (con suavidad) treinta veces, o el niño que bajó corriendo por las escaleras peligrosas debe subir y volverlas a bajar calmadamente diez veces. En este caso debe existir la posibilidad de detectar -y no aplicar, de lo contrario, este procedimiento - todas y cada una de las veces que se dé el portazo o se baje corriendo esas escaleras y ser sancionado contingentemente.

Las conductas disruptivas, agresivas y duras, el lenguaje grosero y muchas otras acciones impulsivas y sancionables socialmente pueden tratarse por este

procedimiento. Como se acaba de mencionar, siempre que su detección sea segura y el implicado sea perfectamente reconocido.

17.3. Aplicación de la sobrecorrección

A continuación se incluyen los puntos que deben tenerse presentes para una aplicación correcta de la sobrecorrección.

1. Detección y análisis funcional de las conductas que serán objeto de la sobrecorrección. En primer lugar, han de quedar definidas las conductas que se tratarán con este método. Es un análisis funcional correcto el que puede dar las claves del reforzador que alimenta la conducta. Así, por ejemplo, si se observa que un niño que se enfurece siempre rompe o tira violentamente algo al suelo y que de esa forma consigue librarse de tareas enojosas se puede plantear la sobrecorrección como una alternativa para enmendar ese comportamiento.
2. Elección del tipo de modalidad de sobrecorrección. Dada la modalidad de la conducta (si tiene impacto o no de forma permanente en el entorno), el modificador decidirá si debe servirse de la sobrecorrección restitutiva o de una con práctica positiva.
3. Preparación de la conducta deseable alternativa a ofrecer y reforzar. No basta solo con sancionar por medio de la sobrecorrección la conducta indeseable sino de incentivar la deseable. Por tanto, al menos con reforzamiento social, debe siempre premiarse la conducta ordenada, limpia y que supone un control de la impulsividad.
4. Información de que determinadas conductas indeseables serán castigadas por medio de la sobrecorrección. Por ejemplo, en el caso del niño que tiraba al suelo el juguete cuando se enfadaba, se le indicará que puede enfadarse, pero debe dejar el juguete con cuidado y en el sitio correspondiente, y que, de no hacerlo así, se le obligará a volver a coger el juguete y situarlo en el lugar adecuado diez veces (sobrecorrección con práctica positiva) o, si el juguete se ha roto, recogerlo, intentar

arreglarlo y recoger el resto de los juguetes de la habitación.

5. Mantenimiento de la alternativa deseable. Aunque la sobrecorrección puede tener que repetirse varias veces, las conductas deseables (por ejemplo, dejar el juguete con cuidado todas las veces) deben seguir reforzándose todo el tiempo para que tales conductas se mantengan.

17.4. Ejemplo aplicado: el caso de Sonia

Sonia es una adolescente de catorce años con la que se está trabajando, entre otras cosas, las responsabilidades en las tareas domésticas. Se decretaron anteriormente y de forma consensuada objetivos en cuanto a las conductas de limpieza del cuarto de baño. Se había planteado un coste de respuesta por cada vez que no recogiese el baño, pero esto no funcionó, por lo que se le sugiere a ella y a su madre aplicar la sobrecorrección.

M (Modificador): Hola, Sonia. ¿Qué tal la semana?

S (Sonia): Bien, no me puedo quejar, supongo, o eso dicen mis padres.

M: ¿Te acuerdas de lo que hicimos la semana pasada? Estuvimos hablando con tu madre sobre las nuevas tareas que habría que hacer en casa.

S: Sí...

M: Cuéntame, ¿qué ha pasado esta semana? Yo ya he hablado con tu madre, pero quiero que me lo cuentes tú.

S: Si ya te lo ha contado ella... pero ¡bah!, nada, hemos discutido por el tema del baño.

M: ¿Qué ha pasado?

S: Pues que entre que tengo que recoger la habitación, que tengo que estudiar... El viernes, cuando me estaba preparando para salir un rato por

ahí, me duché y no me dio tiempo a recoger el baño, porque había quedado a esa hora, entonces, claro, mamá se mosqueó y me quedé sin salir.

M: ¿Cuántas veces ha pasado esto esta semana?

S: Pasó el viernes y pasó el sábado. El viernes, como no recogí el baño, pues no salí, me enfadé, y nada, me encerré en mi cuarto del cabreo y, al final, no limpié el baño. Y el sábado, pues tampoco me dio tiempo a limpiarlo...

M: ¿Y te quedaste sin salir?

S: Sí.

M: Bueno, acordamos que cuando no asumías las tareas perdías privilegios.

S: Sí, si ya te he comentado, me quedé el fin de semana sin salir. Pero es que el baño no me daba tiempo a recogerlo.

M: Bueno, como parece que esto no funciona, he estado hablando con tu madre y vamos a probar otra cosa.

S: ¿Qué vais a hacer? ¿Castigarme ya toda la semana sin salir?

M: No, no, tranquila. No van a ir por ahí las cosas. Vamos a probar otra cosa. Consiste en que tú, cada vez que no recojas el baño después de ducharte, lo que vas a tener que hacer es limpiar el baño, pero minuciosamente. Es decir, no solo recoger la ropa y la toalla; ahora vas a tener que limpiar el baño entero: la ducha, el lavabo, los espejos, el armario y limpiar el suelo.

S: ¿Me estás diciendo que si no recojo mi ropa voy a tener que limpiar el baño de arriba abajo? ¿Con los productos de limpieza y todo?

M: Eso es.

S: Pero si no tengo tiempo ni para recoger mis cosas, ¿cómo voy a tener tiempo de recoger el baño entero?

M: Eso solo pasará si tú no recoges la toalla y tu ropa cuando te duches. Es decir, las cosas que acordamos entre tú, tu madre y yo hace tiempo. Si esto no lo haces, te va a tocar limpiar el baño por completo.

S: Pero esto no es justo, si no recojo, ¿me va a tocar limpiar el baño hasta arriba y encima me quedo sin salir?

M: No, lo de perder privilegios lo quitamos. Tú, una vez que limpies el baño, podrás salir, pero evidentemente tardarás más en salir, lo que te cueste acabar el baño.

S: ¡Puf!

M: La idea es que te animes a recoger del suelo las cosas que habíamos dicho, porque si no las recoges, te tocará limpiar y recoger el doble. ¿Tienes alguna duda?

S: No... pero me parece demasiado. Si no recojo el baño dos días seguidos, ¿entonces lo tengo que limpiar entero los dos días?

M: Pues sí.

S: Pero si ya está limpio del día anterior.

M: Pero lo tendrás que volver a limpiar si no recoges. Lo principal es que te cueste más no recoger tus cosas que hacerlo. En fin, tú, cuando te duches, ya sabes: recoger la toalla y la ropa.

[Pasa una semana.]

M: Bueno, Sonia, ¿qué tal la semana?

S: El fin de semana bien; lo que pasa es que el martes, cuando me duché

para ir al instituto, me levanté tarde ese día y no me dio tiempo a recoger el baño. Me fui al instituto y al volver, pues nada, me tocó limpiar el baño entero.

M: ¿Y el resto de la semana? ¿Te dejaste algún otro día el baño sin recoger?

S: Que va, con la paliza que me di el martes limpiándolo...

M: Muy bien, pues esa es la idea, y veo que has cumplido tu parte. Felicidades. Ya sabes, no hace falta que lo limpies, siempre que cumplas con lo de la toalla y tu ropa. Espero que tus padres te hayan felicitado por conseguirlo.

S: Pues no te creas.

M: Pues se lo diré. No se trata solo de que tengas que cumplir obligaciones extra cuando algo no lo haces bien, también de decírtelo cuando sí que lo haces bien.

S: Eso, eso. Gracias.

18

Castigo positivo y otros procedimientos aversivos

La forma más aversiva para el control de las conductas inadaptadas se denomina castigo positivo. Se trata de una técnica que hay que elegir solo en casos excepcionales, en los que ha quedado claro que otros métodos no van a tener el resultado esperado y en los que, además, existe un claro riesgo para la persona que está emitiendo la conducta, por lo que se precisa una intervención con efectos inmediatos o lo más rápidos posible.

En este capítulo se describirá la aplicación correcta del castigo positivo, añadiendo algunos ejemplos que evidencian su utilidad y pertinencia en varios casos. Pero, junto a este procedimiento fundamentado en el condicionamiento operante, se aludirá a otras técnicas para la eliminación de conductas inadaptadas que se basan en el condicionamiento clásico y que tienen igualmente un carácter aversivo. De hecho, este conjunto de procedimientos se denominan técnicas aversivas, por tener en común ese carácter desagradable o doloroso empleado en pos de la mejoría de las personas. El castigo positivo es, en realidad, una técnica aversiva, que se integra dentro de las planteadas por el condicionamiento operante, y que se ha usado, por ejemplo, en el tratamiento de determinadas adicciones, como el alcoholismo. En una de las modalidades de su aplicación como técnica aversiva suele combinarse con un castigo en el que cabe la posibilidad de escape o evitación. Por último, se incluirá en este capítulo otra técnica de carácter desagradable que se aplica únicamente en la imaginación: la sensibilización encubierta. Esta alternativa terapéutica, que, según sus autores, también se apoya en el condicionamiento operante - aunque se trabaje en un nivel exclusivamente cognitivo-, forma parte de las

denominadas técnicas encubiertas.

18.1. Qué es el castigo positivo

El concepto "castigo positivo" no se refiere a castigo "bueno" o "adecuado"; por positivo se alude a la aparición de una estimulación aversiva contingente a la emisión de determinadas respuestas. Un ejemplo típico es la bofetada que un padre le propina a su hijo por estar saltando en la cama. La respuesta (saltar en la cama) se sucede de una estimulación aversiva (la bofetada) con el objetivo de interrumpir la acción de forma inmediata. No obstante, respecto al caso de este ejemplo cabe dudar de su eficacia para un aprendizaje permanente, fundamentalmente por su inapropiada puesta en práctica, los efectos secundarios indeseables asociados y el objetivo real del castigador que, probablemente, más que enseñar al niño (castigado) lo inconveniente de saltar en la cama trataba de quedarse él tranquilo por el cese instantáneo de la respuesta del niño (refuerzo al padre).

Aunque el castigo positivo suele asociarse con dolor o daño físico, también hay otras modalidades posibles, que representan otras formas de recibir estimulación aversiva. Así, por ejemplo, el daño psicológico (por ejemplo, por medio de la intimidación, la vergüenza o la humillación) o la incomodidad física (por ejemplo, obligar a alguien a estar en cuclillas durante mucho tiempo) son también formas en que se aplica el castigo positivo.

Otro detalle importante estriba en definir el castigo positivo desde el que lo recibe y no desde el que lo aplica. Como se expuso en el capítulo 3, solo puede hablarse de castigo si la conducta disminuye y solo de reforzamiento si la conducta aumenta. Por tanto, si un profesor reprende a un alumno en la clase por no cumplir una norma y las siguientes veces el alumno sigue sin cumplirla (o lo hace aún menos) no puede afirmarse que el profesor esté castigando positivamente al alumno; antes al contrario, aunque su objetivo y la apariencia de la conducta sea la de un castigo.

Se suele recurrir al castigo positivo - en su aplicación "popular" o no sistemática - por su arraigo en los ámbitos educativos (familiares y escolares),

la fe en su eficacia, el desconocimiento de otros procedimientos para cambiar conductas y, sobre todo, por su efecto inmediato en las respuestas, aspecto este último que lo convierte en un método muy reforzante para los que lo aplican.

18.2. Reglas para la aplicación del castigo positivo

Cuando el castigo positivo se aplica de forma inadecuada no se consiguen resultados a medio y largo plazo, y, además, con frecuencia origina un aprendizaje nocivo. Por ejemplo, en el caso del niño que recibe una bofetada por saltar encima de la cama, si no se sigue una buena sistemática, puede que aprenda a no saltar encima de la cama cuando su padre esté delante (y, posiblemente, irritado), pero no que el hecho en sí sea inconveniente. Es por esta razón por la que Skinner afirmaba que el castigo positivo podía suprimir temporalmente la conducta, pero realmente no la hacía desaparecer.

Hoy en día, las investigaciones y estudios de aprendizaje han demostrado con nitidez que con el castigo se puede aprender a no emitir conductas, pero para ello deben seguirse unas reglas de forma estricta. Estas reglas son las siguientes:

1. La aparición de la estimulación aversiva debe ser lo más inmediata posible a la emisión de la respuesta. De forma más coloquial: el castigo ha de aplicarse enseguida.
2. Debe existir una contingencia entre la emisión de la respuesta y la recepción de la estimulación aversiva. Esto es: todas y cada una de las veces que se emita la respuesta indeseable debe aparecer la estimulación aversiva; no debe haber posibilidad de error (recibir el castigo sin haber emitido la conducta indeseable; o emitir la conducta indeseable y, en algún caso, escapar del castigo).
3. La estimulación aversiva debe ser lo bastante intensa como para cambiar la conducta. En particular, debe evitarse a toda costa la estimulación de nivel bajo o intermedio, sobre todo si es muy continuada, pues acabaría

produciendo habituación. Además, la estimulación aversiva no debe ser gradual: debe introducirse en la máxima intensidad con que vaya a darse desde la primera aplicación.

- 4.El castigo positivo debe administrarse sin que influya el estado anímico. No es una consecuencia de estar enfadado, sino de las contingencias previamente establecidas y explicadas (antes y tras la aplicación de la estimulación aversiva).
- 5.El castigo positivo no puede estar asociado a ningún otro reforzador del medio. Por ejemplo, si un niño consigue que sus compañeros de clase le admiren por las reprimendas de su profesor, estas carecerán de eficacia.
- 6.Como en todos los procedimientos de eliminación de conductas, al tiempo que se aplique debe reforzarse cualquier mínimo acercamiento a la conducta deseada alternativa. El sujeto debe tener la oportunidad de recibir reforzamiento por conductas alternativas. Así, por ejemplo, un niño que solo capta la atención de sus padres gritando o rompiendo cosas seguirá actuando de esa manera, aunque sea castigado, si no obtiene atención por otros medios más adaptativos.
- 7.La técnica de castigo positivo debe ser útil para el castigado, no para el castigador. Esto es, debe emplearse para su salvaguarda personal o su beneficio.
- 8.El castigo positivo debe sustituirse progresivamente por procedimientos menos aversivos y con menos inconvenientes, como por ejemplo los reforzamientos diferenciales. A la larga, debido al reforzamiento alternativo, la conducta deseada se generalizará.

Un ejemplo de aplicación adecuada del castigo positivo, que integra todas estas reglas, podría ser el siguiente: una madre de una niña de tres años teme que esta toque las cacerolas que están en el fuego de la cocina. En primer lugar, la madre le advierte de que se quemará como toque la olla que está en el fuego. La niña, a pesar de la advertencia, extiende la mano para tocarla. Al

instante la madre le retira la mano y se la golpea varias veces (no con fuerza) al tiempo que grita con energía: "No, no, no". E, inmediatamente, explica a la niña que se habría quemado la mano por el calor de la olla, y le acerca un poco los dedos para que note el calor que despiden. En este caso, la niña se beneficia de la interrupción instantánea que implica el castigo positivo, y dada la intensidad de este seguramente se le quedará grabado, por lo que en el futuro se conducirá con mayor cautela y evitará así quemarse.

Otros casos en los que puede optarse por el castigo positivo ante el peligro que entraña una determinada conducta para el sujeto que la emite, pueden ser: cuando un niño trepa a sitios altos sin reparar en el riesgo (y, previamente, otros métodos para controlar esta escalada no han funcionado); cuando cruza imprudentemente las calles sin esperar a que los coches se detengan; o cuando está a punto de tocar un enchufe. Cuando se trata de personas adultas, en ocasiones en las que estén en una situación de mucha tensión y descontrol y el hecho de aferrarlas con fuerza - incluso contra su voluntad en ese instante - pueda ayudar a tranquilizarlas.

18.3. Inconvenientes del castigo positivo y prevenciones en su uso

A pesar de que se sigan las reglas y se aplique correctamente el castigo positivo, este debe ser empleado en contadas ocasiones como método de control. Es habitual que las personas castigadas - sobre todo si la aplicación falla en algún aspecto - desarrollen sentimientos de frustración, malestar e ira, que imiten las conductas de castigo recibidas y las practiquen con otras personas, que engañen, oculten o mientan para evitar el castigo, que su relación con las personas que les administran el castigo se deteriore sensiblemente y que se convierta (si se es castigado con frecuencia) él mismo en un estímulo aversivo para sus compañeros o personas del entorno.

En el ejemplo de la niña en la cocina con que se ha ilustrado la aplicación de esta técnica, la pertinencia del castigo positivo queda patente, pero no es tan evidente en todos los casos. Además, aunque las reglas garantizan en general una aplicación útil y eficaz, puede que a veces (por variables como la fuerza de la respuesta castigada, la duración de los estímulos aversivos, el

grado de motivación para realizar la conducta castigada, el nivel de discriminación de la aparición del castigo, etc.) cueste ver los cambios pretendidos. Por todas estas razones, antes de servirse del castigo positivo, y también otras técnicas aversivas como las que se exponen en los siguientes puntos, habrá que tener en consideración todos estos elementos: 1) consentimiento, comprensión y total aprobación del paciente (o de los padres o tutores) del procedimiento; 2) efectividad demostrada de la terapia: solo se aplicará cuando existe la seguridad en que modificará la conducta problema en la forma deseada; 3) ausencia de efectos residuales: se extremarán las precauciones para que no surja ningún problema, ni durante el tratamiento ni después; 4) último recurso: dado lo desagradable de la técnica, hay que plantearse previamente si no se puede recurrir a otra técnica igualmente efectiva; 5) problemas específicos: esto es, usarla con conductas intolerables para el paciente, muy difíciles de modificar, que requieren un control urgente; 6) paquetes de amplio espectro: las técnicas aversivas deben formar parte de tratamientos más globales, en los que, además, se persiga la instauración de comportamientos adaptados alternativos.

18.4. Técnicas aversivas desde el condicionamiento clásico

Para el tratamiento de conductas muy desadaptativas que se mantienen por sus efectos reforzantes inmediatos, pero que a la larga provocan daños físicos (por ejemplo, el consumo abusivo de alcohol) o la condena social y penal (por ejemplo, el exhibicionismo o la pedofilia), desde la modificación de conducta se planteó el uso de técnicas aversivas, aunque siempre en conjunción con otros procedimientos menos ingratos, menos dolorosos y generadores de nuevos repertorios comportamentales.

Cuando las técnicas aversivas se planifican desde el paradigma del condicionamiento pavloviano, lo que se consigue es revestir de una sensación molesta los estímulos desencadenantes (que antes eran neutros o apetitivos) o la propia respuesta. La repetición del procedimiento - la asociación de estímulos previamente neutros con otros aversivos - es la responsable de este resultado. Por ejemplo, para el tratamiento del alcoholismo se seguiría esta secuencia: en un principio, los estímulos vinculados a la bebida alcohólica

(su olor, sabor, color, el lugar donde se ingiere, etc.) son neutros (o moderadamente apetitivos). Al inicio del procedimiento, el sujeto se concentra en estos estímulos (EC) huele, mira la bebida, prueba un poco... Poco antes se le habrá inyectado una droga emética (que funcionará como EI) que al cabo de unos breves minutos le hará sentir náuseas (RI). Tras varios ensayos (seis o siete, normalmente), los estímulos neutros (EC) acabarán generando por sí solos las náuseas (RC) y el olor del alcohol o beber un poco provocará fácilmente el vómito.

Además de en el tratamiento del alcoholismo, esta modalidad de técnica aversiva se ha empleado para el control de parafilias fetichistas o el consumo de alimentos inadecuados por parte de determinados sujetos por los riesgos que acarreaban para su salud.

18.5. Algunas objeciones teóricas y prácticas de las técnicas aversivas

Además de las consideraciones éticas señaladas en el caso del castigo positivo, las técnicas aversivas han contado también con algunas objeciones tanto teóricas como prácticas. Entre las primeras, se ha cuestionado la falta de transferencia que puede haber entre los cambios conseguidos en la clínica y su mantenimiento en la vida real. Y, de hecho, en bastantes ocasiones los resultados obtenidos se han extinguido en no mucho tiempo al acabar el tratamiento. Por ello, se ha acabado concluyendo que únicamente con las exposiciones aversivas no se conseguirán resultados si no se incorpora simultáneamente un cambio actitudinal por parte del sujeto (lo que implica que el paciente debe querer seguir el tratamiento y estar convencido de su efectividad) y, también, que recuerde voluntariamente y lleve a cabo de forma imaginaria el proceso que siguió en la clínica. De faltar estos componentes, no se producirá la necesaria generalización al ambiente natural.

Como objeciones prácticas, en especial si la aplicación de la técnica no es suficientemente rigurosa, se debe mencionar que la terapia aversiva (sobre todo con castigo positivo) produce algunos efectos colaterales indeseables, como son: 1) la supresión conductual excesiva; pues el castigo severo y prolongado de la conducta agresiva puede llegar a eliminar no solo el

comportamiento inadecuado, sino también la conducta asertiva; 2) la rigidez conductual; por ejemplo, el castigo duro, sistemático, de la conducta sexual desviada puede originar inhibiciones sexuales de conductas adaptadas; y 3) la excesiva generalización: por ejemplo, en la persona tratada puede ocasionarse repulsión a beber no solo alcohol sino cualquier otra bebida o, incluso, no soportar el ambiente de un bar.

18.6. La sensibilización encubierta

La sensibilización encubierta es un procedimiento aversivo y que utiliza el castigo pero que se lleva a cabo imaginariamente. Tanto la situación estimular indeseable como los consecuentes desagradables que siguen a esa situación son internos; esto es: el sujeto debe representárselos mentalmente. Con el procedimiento se busca "sensibilizar" al paciente creando una conducta de evitación mediante la asociación de un estímulo especialmente aversivo (aquella imagen que más tema o le repugne) con los estímulos evocadores de la conducta que se desea eliminar. El sujeto será "sensibilizado" a los estímulos indeseables a fin de que emita un comportamiento de evitación, en lugar del comportamiento de aproximación manifestado hasta el momento.

El procedimiento se aplica de la siguiente manera: tras explicar al paciente el principio de la sensibilización encubierta, el terapeuta le pide que se relaje y que se imagine que está emitiendo el comportamiento inadecuado. Debe esperar a que la persona lo evoque clara y vívidamente. En la misma secuencia le pide que, con la misma viveza, se figure ahora la aparición del estímulo aversivo. Por ejemplo, en el caso de un tratamiento para el alcoholismo se pide al paciente que, con los ojos cerrados y todos los detalles que sea capaz de concebir, se figure esta escena que el terapeuta le narra con detenimiento: "Está Vd. entrando en su bar favorito. Decide pedir una copa de vino. Se dirige a la barra. Cuando se acerca a esta comienza a notar molestias en el estómago. Luego vienen las náuseas. Nota cómo un líquido ácido le sube a la garganta. A pesar de todo consigue llegar a la barra y pedir la copa, pero se siente mal. Cuando el camarero se la sirve está a punto de vomitar. Cierra la boca y trata de impedirlo. Pero cuando toca la copa no

puede aguantar la bocanada por más tiempo. Abre la boca y vomita. Quedan restos de vómito por todas partes, en la barra, en la copa, en sus manos, en su camisa y en los pantalones. Se desprende un olor nauseabundo. Todo el mundo le mira. Cuando se separa de la barra, inmediatamente empieza a encontrarse mejor. Sale rápidamente del bar. Al aire libre se siente mejor. Vuelve a su casa para lavarse". La secuencia se repite varias veces en la sesión (hasta diez) y luego el sujeto debe también imaginársela en casa al menos dos veces al día, siempre con todo el detalle y con las sensaciones que deben acompañarla.

La sensibilización encubierta se ha usado en problemas de abuso y dependencia alcohólica, obesidad, dependencia nicotínica y otras dependencias; también con el robo compulsivo, la tricotilomanía, la onicofagia o las desviaciones sexuales.

De acuerdo con los trabajos de Cautela y Wisocki, con este procedimiento se obtienen mejores resultados que con los métodos aversivos que utilizan un estímulo manifiesto (descarga eléctrica, productos químicos). Es flexible y se aplica fácilmente en diversos ambientes. Los clientes se sienten menos inclinados a abandonar el tratamiento que con otros procedimientos aversivos y puede ser un método complementario para facilitar el autocontrol. No obstante, en esta técnica resulta fundamental una gran motivación por parte del sujeto pues median sobremanera los aspectos cognitivos. La sugestión, la motivación y la atención resultan imprescindibles. El terapeuta debe poseer una gran credibilidad para el paciente. Además, los efectos beneficiosos de la sensibilización encubierta suelen desvanecerse con el tiempo si la repetición de la técnica se interrumpe. Por todo ello, lo mejor es servirse de este método en unión o como complemento de otros incorporados en un paquete multitratamiento.

18.7. Ejemplo aplicado: el caso de Casimiro

El padre de Casimiro, de tres años, nos plantea que su hijo lleva un par de semanas tirando del cable de la plancha mientras él está planchando y que no sabe qué hacer para que abandone esta peligrosa costumbre.

PC (Padre de Casimiro): Quería comentarte algo: últimamente, cuando estoy planchando, mi hijo Casimiro tira del cable de la plancha y me da miedo que se le caiga encima. De hecho, un par de veces ha estado a punto de ocurrir una desgracia. ¿Qué puedo hacer? Él prácticamente no habla, aunque entiende cosas. Yo cada vez que se acerca le pido que se vaya, pero nada.

M (Modificador): Tu hijo tiene tres años, ¿no?

PC: Sí.

M: ¿Y qué dices que has intentado?

PC: Hablarle. ¡Ah! y también después de la tercera vez que pasó, me lo llevé al salón para que viera la tele o jugara, pero no sirve de nada, a los cinco minutos esta otra vez de vuelta en la cocina y le veo con intención de tirar del cable.

M: Vale, lo que puedes hacer es lo siguiente: quiero que cuando vaya a tirar del cable digas con voz muy fuerte, aunque no gritando, "¡NO!" y le des unos pequeños golpes en la mano, pero sin hacerle nada, claro.

PC: Es un poco fuerte, ¿no?

M: Lo que se consigue con el "¡NO!" es que el niño se asuste y deje de hacer lo que estaba haciendo al instante.

PC: Vale, pero ¿pegarle?

M: No, no. No te estoy diciendo que le des con fuerza, lo que te digo es que le des unos toques en la mano. Se tiene que impresionar.

PC: Vale.

M: Pero eso no es todo: luego le coges de la mano y se la acercas un poco a la plancha para que sienta el calor que desprende, mientras se la

acercas tienes que decirle con voz calmada y firme "no puedes hacer eso porque mira, la plancha está muy muy caliente y te puedes quemar y hacer daño en la cabeza si se cae". ¿Entendido?

PC: Sí, yo creo que sí.

M: Y otra cosa, para que esto funcione tienes que actuar muy rápido. Poner en práctica todo lo que te he dicho cada vez que extienda su mano al cable. Y, por supuesto, si lo hace varias veces, todas y cada una de ellas tienes que actuar igual. No obstante, casi seguro que después de la primera vez la cosa se acabará.

[Pasa una semana.]

M: Hola. ¿Qué tal la semana con Casimiro?

PC: Bastante bien.

M: ¿Probaste lo que te indiqué con tu hijo cuando plancharas?

PC: Mano de santo, la verdad, no ha vuelto a acercarse.

M: Me alegro. Era una cosa peligrosa y en estos casos es un procedimiento aconsejable.

PARTE IV

Técnicas para la reducción de la activación

19

Relajación muscular progresiva y respiración abdominal

Se inicia esta cuarta parte del libro con los procedimientos de relajación muscular progresiva y respiración abdominal. Se trata de los primeros métodos que se desarrollaron para reducir las respuestas de ansiedad y, además, han servido como componentes fundamentales en muchas técnicas planteadas posteriormente - por ejemplo, la Desensibilización Sistemática - para el manejo de los problemas asociados a un exceso de activación.

Desde un enfoque conductual, importa subrayar que una respuesta de ansiedad no necesariamente es el objetivo de la intervención conductual. Aunque se cuente hoy en día con estrategias sumamente eficaces para reducir la activación, esto no debe hacer que se implementen directamente, sin efectuar antes el necesario análisis funcional. Como sucede ante cualquier otra respuesta, el modificador de conducta indagará cuál es su función, pues en algunos casos es posible que la ansiedad constituya una forma adaptativa de responder ante determinados estímulos ambientales. Además, este análisis permitirá descubrir que, en muchas ocasiones, no son las respuestas de ansiedad en sí lo que debe modificarse, sino los estímulos que las nutren o los reforzadores que las mantienen. Por tanto, no procede establecer una relación lineal entre elevadas respuestas de ansiedad y empleo de técnicas de relajación o desactivación de la ansiedad.

A grandes rasgos, los casos en los que el análisis funcional indica la pertinencia de servirse de estos procedimientos son aquellos en que se ve útil moderar directamente la respuesta de ansiedad, por ejemplo porque resulta desproporcionadamente alta considerando los estímulos que la desencadenan

(por ejemplo, ante una situación de mínimo pero posible riesgo o dolor, como una cirugía menor y sencilla, se genera un miedo tan elevado que imposibilita la intervención) o, incluso, porque se dispara ante estímulos que no deberían representar ninguna amenaza (por ejemplo, ante un viaje a pocos kilómetros y muy seguro).

19.1. Qué es la relajación muscular progresiva

De los distintos métodos de relajación existentes hoy en día, sin duda la relajación muscular progresiva que Edmund Jacobson divulgara en 1924 ha sido el más extendido y el de mayor arraigo dentro de la práctica clínica de la modificación de conducta.

Esencialmente, el procedimiento consiste en indicar al sujeto que tense determinados grupos musculares, que concentre su atención en esas sensaciones de tensión, que, unos segundos después, afloje la tensión y, de nuevo y finalmente, que se fije en las sensaciones. Es decir, se trata de un entrenamiento de discriminación: al tensar previamente y elevar el umbral de sensación se ayuda al sujeto a discriminar mejor la tensión de la distensión de ese músculo para, así, relajarlo de forma más clara e intensa. Este proceso favorece que la persona se relaje mientras entrena (tensando y soltando) los grupos musculares.

A diferencia del Entrenamiento Autógeno de Schultz, se trata de una técnica más "muscular" que "cognitiva", en el sentido de que, cuando se pone en práctica, el paciente debe centrarse en tensar y distender los músculos y no en imaginar o evocar determinadas sensaciones; además, actúa sobre todo el cuerpo. Por esta razón, se recomienda especialmente para aquellas personas que sufren altos niveles de ansiedad; en particular porque es habitual que los procesos cognitivos de estos sujetos están afectados y les cuesta más mantener la atención. Probablemente por su sencillez y por resultar tan "tangibile", el entrenamiento muscular suele aceptarse bien, entrenarse fácil y rápidamente, y valer a personas muy distintas.

Hoy en día, la modalidad de aplicación más corriente implica tensar y

distender unos dieciséis grupos musculares, proceso que suele requerir en torno a treinta minutos. Tras esta primera fase, al cabo de unas semanas de práctica, se pasa a una segunda en la que sencillamente se evocan las sensaciones de distensión muscular, ya bien discriminadas merced al entrenamiento anterior y que suele suponer no más de quince minutos. Por último, se programa una generalización de las sensaciones de relajación a las actividades de la vida diaria, de forma que la capacidad de relajarse no se circunscribe al lugar de entrenamiento inicial, sino que se expande al resto de las situaciones. Gracias a esta última fase, la respuesta de relajación se obtiene muy rápidamente, en unos pocos minutos, o incluso se automatiza y funciona con independencia de ser más o menos consciente de que se está poniendo en práctica.

El entrenamiento en relajación muscular progresiva tiene dos objetivos: por un lado, poner bajo control voluntario grupos musculares que están actuando sin que se note, lo que puede provocar estados de tensión, dolores, crisis de pánico, etc.; y, por otro, posibilitar la percepción inicial de estados de ansiedad para contrarrestarlos y facilitar una percepción discriminada de la tensión en vez de una global. Por todo ello, además, con la práctica programada de la relajación muscular se previenen las escaladas de ansiedad y se evitan crisis que, una vez iniciadas, resultan mucho más difíciles de controlar.

19.2. Procedimiento de aplicación de la relajación muscular

En primer lugar, se indica al sujeto que se tumbé por completo, aunque si esto no es posible o aconsejable o le resulta incómodo, debe sentarse lo más cómodamente que pueda. En la posición de tumbado, las manos deben situarse a ambos lados y pegadas al cuerpo, en la de sentado, si la silla o sillón tiene brazos, puede apoyarlos sobre ellos y, si no, ponerlos sobre el regazo. Tanto tumbado como sentado no cruzará las piernas. Debe cerrar los ojos para concentrarse en las sensaciones musculares, y tratar de respirar despacio, hondo y rítmicamente. Si se distrae o duerme brevemente, no debe preocuparse, sino volver a dirigir la atención sobre el grupo muscular con el que se esté trabajando. En un principio, conviene que el terapeuta guíe el

proceso dando las instrucciones de relajación y tensión de cada grupo muscular; posteriormente, el sujeto practicará por su cuenta solo en casa, aunque en algunos casos, especialmente al inicio del entrenamiento, puede resultarle una ayuda - si se distrae mucho y facilita su motivación - utilizar una grabación con la pauta de la relajación que se explica a continuación.

El orden de los grupos musculares que debe tensar y soltar es el que se enumera a continuación:

1. Mano y antebrazo dominantes (apretando el puño de la mano dominante).
2. Mano y antebrazo no dominantes (apretando el puño de la mano no dominante).
3. Bíceps - brazos (llevando las manos a los hombros).
4. Tríceps - brazos (estirando y alejando los brazos del cuerpo, con la mano abierta).
5. Grupo muscular de la frente ("arrugando" la frente subiendo las cejas y también frunciendo el entrecejo).
6. Grupo muscular de la parte superior de la cara: ojos, nariz (apretando los párpados).
7. Parte inferior de las mejillas (apretando los labios uno contra otro, estirando la comisura de los labios y también apretando la lengua contra el paladar).
8. Cuello, nuca y garganta (llevando la cabeza hacia delante e intentando "sacar papada", llevando la cabeza hacia atrás y también girándola hacia el lado derecho e izquierdo).
9. Zona del pecho, hombros y parte superior de la espalda (juntando los hombros en el centro del pecho y juntando los omoplatos por detrás, a la

vez que se arquea la espalda).

10.Región abdominal (respirando abdominalmente y también poniendo "duro" el estómago).

11.Muslo dominante (dirigiendo la punta del pie dominante hacia la cara o apretando el muslo contra el sillón).

12.Pantorrilla dominante (dirigiendo la punta del pie dominante hacia abajo).

13.Pie dominante (dirigiendo la punta del pie dominante hacia abajo).

14.Muslo no dominante (dirigiendo la punta del pie no dominante hacia la cara o apretando el muslo contra el sillón).

15.Pantorrilla no dominante (dirigiendo la punta del pie no dominante hacia abajo).

16.Pie no dominante (dirigiendo la punta del pie no dominante hacia abajo).

Durante el procedimiento en sí, el terapeuta, con un tono de voz neutro y a un ritmo pausado, invita a concentrarse en las sensaciones del cuerpo, adoptar una postura cómoda, cerrar los ojos y luego va nombrando la parte del cuerpo que tensar y relajar hasta acabar los dieciséis grupos musculares. Lo mejor es repetir siempre la misma pauta con cada grupo muscular. Así, por ejemplo, puede decir: "Concentra ahora tu atención sobre los brazos. Vas a tensar los bíceps llevando los dedos de la mano hacia los hombros. Ya. Nota la tensión, fíjate en ella. Aflójalos. Nota la distensión. Muy bien". Una vez efectuados los ejercicios de todos los grupos musculares, se le invitará a recorrer mentalmente todos los músculos, para tratar de soltarlos un poco más; y, finalmente, tras unos minutos, se invitará a salir del estado de relajación poco a poco, moviendo suavemente las manos y los pies y abriendo despacio los ojos. Posteriormente, es muy conveniente comentar cómo ha ido el proceso, qué músculos ha costado más relajar, qué alternativas hay para los ejercicios

que más le cuestan, etc. Se animará, al final, a practicar en casa, de forma semejante a como se ha hecho en consulta, al menos hasta un par de veces al día.

Tras unas dos semanas y una vez dominados estos ejercicios después de su práctica tanto en sesión como en casa, la segunda parte del entrenamiento consiste en retirar la fase de tensión y evocar directamente la respuesta de distensión. En este caso, la pauta será decir: "Concentra ahora tu atención sobre los brazos. Vas a relajar los bíceps. Ya. Aflójalos lo más que puedas. Nota la distensión. Muy bien".

A continuación, se efectuará el proceso de evocación de la relajación no con cada grupo muscular, sino con zonas corporales más amplias, como los brazos, la cara y el cuello, el tronco y las extremidades inferiores. El sujeto procurará relajar todas estas zonas dirigiendo su atención unos minutos a ellas, y luego tratará de mantener relajado unos minutos más todo el cuerpo.

Por último, el procedimiento se puede complementar con dos aplicaciones específicas: la relajación diferencial y la relajación condicionada. En la primera se relajan unos músculos y otros no (por ejemplo, el sujeto está conduciendo y no debe relajar músculos implicados en la conducción, pero sí otros, como los de la cara o el abdomen); para ello, se pasa progresivamente a un ambiente cada vez con más estímulos (ruidos, luz, más personas...) hasta que, al final, se incorpora a la situación vital en que debe aplicarse (la conducción mencionada, por ejemplo). También aprende así a relajarse mucho más rápido. En la relajación condicionada se asocia una palabra o una imagen al estado de relajación. De este modo, tras un número repetido de ensayos, la palabra o la imagen provocan la relajación por condicionamiento clásico. Por tanto, en primer lugar, el sujeto debe conseguir un estado de relajación a través del método convencional; luego, cuando se encuentre en el momento de mayor relajación, evoca la palabra (por ejemplo, "relajado", "calmado", "relax"...) o imagen (estar tumbado en una hamaca de la playa). De este modo, en el futuro la mera alusión subvocal de esa palabra o imaginar esa escena promoverá el estado de relajación.

En suma: en el proceso de aprendizaje se buscan unas condiciones óptimas para una rápida adquisición (con la eliminación de estímulos y la pauta de tensión-distensión que favorece apreciar mejor el contraste); y en el de generalización de esta destreza se va disminuyendo el tiempo de ejercicio (evocando solo las sensaciones en todos los músculos, luego en las cuatro grandes zonas corporales: brazos, cara y cuello, tronco y extremidades inferiores), y, finalmente, se van incorporando progresivamente los estímulos naturales en que se desea poner en práctica la relajación (carretera, lugar de trabajo, ambiente social, etc.).

19.3. Recomendaciones para la puesta en práctica de la relajación

Aprender a relajarse por este procedimiento implica entrenar una nueva habilidad. Por tanto, depende mucho más de la implicación y el buen seguimiento de las instrucciones que de las características personales ("ser una persona más o menos nerviosa"). Es imposible enseñar la respuesta de relajación en sí, pues, como respuesta del organismo, todo el mundo cuenta con ella (igual que la respuesta de ansiedad, la respuesta de dormir, la respuesta orgásmica, etc.); lo que se enseña, por tanto, es el método para alcanzarla más fácilmente. Debe recalcarse a la persona que practica, en especial si se siente poco capaz de tranquilizarse, que la relajación es una respuesta natural y que si trabaja como se le indica necesariamente se relajará, al menos en grados significativos y útiles para él. En síntesis, se trata de un aprendizaje que consiste más en permitir al cuerpo dar esa respuesta que en buscarla activamente.

Durante el entrenamiento pueden aparecer sensaciones nuevas o extrañas (son muy corrientes las de hormigueo, rigidez, impresión de que el cuerpo está invertido, liviandad o pesadez en los miembros y leves mareos). Cuando el sujeto las percibe por primera vez puede asustarse, pero debe explicársele que son una señal de que su aprendizaje progresa. Es decir, se reinterpretan de forma positiva y, en algún caso, hasta puede divertirse con ellas. No obstante, mejor no avisar de estas sensaciones antes de que el sujeto las note, pues algunas personas nunca las experimentan y esto no indica un nivel más bajo de relajación. Por supuesto, en el momento en que estas sensaciones le

perturben puede eliminarlas muy sencillamente abriendo los ojos o moviendo un poco los dedos o la mano. La relajación no es ningún tipo de trance en que se pierda el control y la persona siempre puede seguir o parar. De hecho, es el sujeto quien se relaja (con la práctica de los ejercicios de tensión-distensión), no el terapeuta - que, de hecho, podría ser sustituido por una grabación - quien lo relaja.

Por otro lado, es muy recomendable que este aprendizaje no se plantee como un tipo de examen, sino como una habilidad que se aprende progresivamente, en función de lo que se practique. De hecho, hay que insistir en que, al principio, cuesta relajarse, y que la única pretensión es que aprenda los ejercicios, cuya práctica luego facilitará la respuesta natural y biológica de relajación.

Se debe indicar a la persona que procure no hablar, preguntar o moverse mucho, pero que si tose, le pica algo, estornuda, tiene que cambiar de postura, le molesta algo de la ropa, el reloj, las gafas, etc., no se preocupe: es mejor que se rasque, tosa, se quite el reloj, etc., y vuelva a sentirse cómodo que agobiarse porque piense que no debe hacerlo y que eso va a afectar negativamente a la relajación.

Por supuesto, conviene que en el lugar donde practique la relajación haya el menor ruido posible. Pero si se producen interrupciones, ruidos inesperados o inevitables (por ejemplo, tráfico, personas que hablan al fondo), no se les dará importancia: tratarán de ignorarse y se valorarán como algo a lo que es mejor acostumbrarse. Es lógico, sobre todo ante un ruido fuerte o una interrupción, dar una respuesta de activación, pero luego, tranquilamente, hay que intentar retomar la relajación. Igualmente, la luz debe ser tenue e indirecta. La habitación debe ser cálida, pues dada la quietud el sujeto al practicar la relajación podría sentir algo de frío.

Al tensar los músculos no se excederá la fuerza, pues no se trata tanto de esforzarse como de buscar un contraste claro entre la situación de tensión y la distensión. Por esta misma razón, basta con mantener la tensión unos 5-10 segundos y la distensión unos 10-15 segundos.

19.4. Evaluación de la relajación

Durante el aprendizaje, el terapeuta debe evaluar el grado de adquisición de esta destreza. Podrá valorarlo a partir de su observación del proceso, los comentarios del paciente y la posible respuesta a determinadas señales y algunos cuestionarios elaborados al efecto.

Mientras está enseñando la relajación y dando las indicaciones es conveniente que el modificador de conducta se sienta en un lugar que le permita una buena observación del sujeto, aunque, naturalmente, no debe resultar invasiva o incómoda. Al contemplar cómo tensa y distiende los músculos, y la postura corporal, podrá formarse una primera impresión sobre la calidad de la relajación. Hay varios elementos que evidencian un estado de relajación: la persona tiene una apariencia general de dormida (poco movimiento, respiración lenta y rítmica, mandíbula ligeramente entreabierta y no tensa, párpados caídos), los pies están caídos hacia los lados (si los sujeta, esto es, si están con la punta hacia arriba, es bastante probable que no esté muy relajado).

Además, es siempre oportuno obtener un autoinforme preguntando a la persona tras cada práctica cómo se sintió. A pesar de la subjetividad inherente a su exposición de la vivencia, interesa que precise lo experimentado respecto a cada zona (por ejemplo: "¿te costó relajar la cara?", "¿cómo te fue con la relajación de las piernas", "¿cuál fue la zona que no lograbas relajar bien?", etc.) y guardar registro de esta información.

Si se cuenta con aparatos de biofeedback puede obtenerse una medida más exacta respecto a la relajación. Por los resultados de múltiples estudios, se ha demostrado que la mejor es la que tiene en cuenta la respuesta dermo-eléctrica (la conductancia de la piel). A más ansiedad, más humedad de la piel, luego más facilidad para el paso de corriente eléctrica y, por tanto, menos nivel de relajación; A más tranquilidad, más sequedad, mayor resistencia al paso de la electricidad y, por tanto, mayor relajación. La respuesta dermo-eléctrica importa tanto para la evaluación de la relajación porque es sensible a la respuesta cognitiva; además, con muy poca latencia.

Es decir, si el sujeto piensa algo que le estimula y no favorece la relajación, se activa el organismo y, casi al instante, se aprecia un cambio en la respuesta dermo-eléctrica.

Otra manera de valorar el progreso de la relajación consiste en ver la motivación del sujeto para ir poniendo en práctica por su cuenta la técnica de relajación y realizar los ejercicios varias veces al día, como se recomienda. El interés por repetir y generalizar la práctica -y manifestar su experiencia - suele ser un buen indicador de que el procedimiento se está adquiriendo adecuadamente y se está valorando positivamente.

19.5. Problemas durante la puesta en práctica y soluciones

La relajación muscular progresiva es un procedimiento que pueden utilizar un amplio grupo de personas, de muy distintas características y desde edades muy tempranas, aunque las instrucciones para cada grupo varían en alguna medida. Por ejemplo, en el caso de los niños es más habitual recurrir a tensar todo el cuerpo que un grupo muscular cada vez. En personas con dificultades particulares, como lesiones concretas, se evitará la tensión muscular de esas zonas, o será mínima. Naturalmente, dado que en el proceso de aprendizaje hace falta mantener la atención sobre el cuerpo y sobre las indicaciones (al menos, un breve tiempo), resultará un método menos aconsejable para personas sin capacidad de concentración sostenida (por ejemplo, pacientes con demencias, determinadas formas de esquizofrenia, muy medicados, etc.). En particular, la medicación ansiolítica puede representar un problema importante si provoca ya una relajación muscular que vuelva difícil apreciar el contraste entre tensión y distensión, y si la toma de la pastilla se concibe como un método siempre mejor para relajarse que la práctica de la relajación muscular.

En las primeras prácticas de los ejercicios es corriente que la persona se distraiga más. Dado que suele desaparecer con la práctica, no es necesario en principio hacer cambios importantes por ello. No obstante, si el problema persiste puede indicarse a la persona que trate de dirigir más atención hacia los grupos musculares, que no dé importancia a los breves momentos en que

perdió la concentración y que, en cuanto se dé cuenta de esa distracción, vuelva a dirigir su atención a las sensaciones corporales. Así mismo, si le sucede en casa puede sugerírsele que se grabe las instrucciones, o que haga los ejercicios algo más rápidamente.

Las sensaciones extrañas o molestas pueden representar otro inconveniente durante el proceso de aprendizaje. Si el sujeto se siente mareado, mejor cambiar algo la posición incorporándose un poco. Si se asusta con sensaciones como no saber en qué posición está el cuerpo o alguno de los miembros, o una excesiva pesadez o calor, o ingravidez, se le tranquilizará y se reinterpretarán positivamente; no obstante, si le incomodan mucho puede abrir los ojos o mover las manos ligeramente para que desaparezcan. Especialmente inoportunos pueden ser los calambres, espasmos o las sensaciones previas a una crisis de angustia en pacientes con este problema (y que pueden deberse a que hiperventile o tense excesivamente los músculos durante el entrenamiento). En este caso se detendrá el entrenamiento y se sosegará a la persona. Luego se llevarán a cabo las modificaciones pertinentes para que no se repitan estas sensaciones.

En las sesiones en que ya no se hacen los ejercicios de tensión, sino solo los de evocación de la relajación (o también cuando se practica en casa) puede darse el caso de que el sujeto se duerma al practicar. Esto sucede a menudo, pues algunas personas asimilan las sensaciones de relajación con las de sueño. Si esto pasa muy frecuentemente -y la relajación no era una intervención para curar el insomnio - se pueden dar estas recomendaciones: cambiar la hora de la relajación (no practicarla por la noche o en la siesta), alzar algo más la voz o subir el volumen de la grabación en casa, y no practicar la relajación tumbado (o totalmente tumbado). En cualquier caso, es muy frecuente en todo el mundo que algunas veces se desconecte un rato, se dé una breve cabezada, y, poco después, se vuelva a la relajación. En estos casos no hace falta hacer nada especial.

19.6. La respiración abdominal

La respiración abdominal es un entrenamiento más breve que la relajación

muscular progresiva y que, normalmente, no lleva aparejado un nivel de relajación tan intenso, pero que puede resultar muy eficaz como método para disminuir la activación de forma sencilla y rápida. De hecho, por esta razón es el método más aconsejable en algunos problemas, por ejemplo en varias de las intervenciones diseñadas para el tratamiento del trastorno de angustia.

Existen distintas técnicas del manejo de la respiración para relajarse, y las más comunes son la respiración abdominal, la diafragmática, la intercostal y la completa (que comprendería todas las anteriores). La demostrada eficacia de la respiración abdominal para disminuir la ansiedad se debe a que la ansiedad va asociada muy frecuentemente a la hiperventilación, que se puede contrarrestar gracias a una respiración más profunda y rítmica. Pero, en general, aunque no se esté hiperventilando, respirar de esta manera facilita rebajar los niveles de activación y encontrarse más tranquilo.

Básicamente, respirar abdominalmente consiste en lograr una respiración más profunda implicando a los músculos del abdomen para que el oxígeno llene más los pulmones y el aire llegue más profundamente. Supone, por tanto, una respiración más amplia, que alcanza las zonas inferiores del pulmón. El otro componente que debe poseer esta respiración es la regularidad o rítmica, que debe disminuir de frecuencia progresivamente.

En la secuencia más común, se solicita al sujeto que se siente cómodamente pero con la espalda más bien recta y los dos pies apoyados en el suelo (sin cruzar las piernas); que ponga una mano sobre el pecho y otra en el estómago; luego debe inspirar por la nariz procurando que el aire llegue primero al fondo de los pulmones, lo que implica que la mano que tiene apoyada sobre el estómago suba por el empuje mismo del estómago, pero que, en cambio, casi no se mueva la que tiene sobre el pecho; finalmente, expulsará el aire despacio por la boca (poniendo los labios como si tuviera una pajita entre ellos) y notará cómo la mano del estómago va hacia dentro. Cada proceso de inspiración-espíración debe realizarse lentamente y tratando de expulsar todo el aire. Si el sujeto encuentra difícil mover los músculos abdominales (y, por tanto, respira sobre todo de pecho) pueden sugerirse varias estrategias, como practicar inflando un globo (pues para hacerlo se

suele inspirar abdominalmente) o practicar primero tumbado (y en esta posición, para notar con más claridad el movimiento del estómago puede ponerse sobre el abdomen un libro ligero pero de tapa dura que subirá y bajará rítmicamente al respirar). Una vez que se consigue una respiración más abdominal, las dos manos pueden ponerse sobre el estómago o en el regazo.

El ritmo de la respiración debe disminuir progresivamente, pero nunca debe faltar aire. Un ritmo adecuado de respiración abdominal puede situarse entre 8 y 10 respiraciones por minuto. Mejor aún es conseguir menos, como 7, 6 o incluso 5, pero esto depende mucho de la capacidad pulmonar del sujeto. Una manera de lograr estos ritmos consiste en dirigirse hacia ellos de forma progresiva en series diferenciadas de respiraciones. Más en concreto, una pauta usada comúnmente sugiere empezar una primera serie de 10 respiraciones a ritmo solo un poco más lento que el normal. Después, siempre con los ojos cerrados, esperar aproximadamente un minuto. Luego, llevar a cabo otra serie de 10 respiraciones más despacio, enlenteciendo el proceso de inspirar y espirar (es decir, no conteniendo la respiración sino llevando una rítmica más lenta). Por último, tras esperar otro minuto, efectuar la última serie de 10 respiraciones, que se harán lo más despacio que se pueda (siempre sin sensación de falta de aire) y, en esta serie, además de efectuar el proceso de inspirar-espirar más lentamente se detendrá unos segundos entre la inspiración y la espiración. Por último, se mantendrá unos segundos en el estado de relajación y, tras ellos, para volver al ritmo normal, moverá lentamente los brazos y los pies, abrirá los ojos, y se levantará suavemente para prevenir las sensaciones de mareo.

Gracias a la repetición de este ejercicio varias veces al día, la persona será cada vez más capaz de evocar la sensación de relajación que acaba generando de forma natural y, únicamente, con unas pocas respiraciones lentas y abdominales podrá alcanzarlo más rápidamente. Lo importante es que el paciente con un trastorno de angustia pueda reproducir esta forma de respirar ante los primeros síntomas de la crisis de pánico y, así, detener su escalada hasta cierto punto. No obstante, siempre es mejor que lo realice de forma preventiva, programándose varias veces al día esta práctica a fin de mantener

una activación baja.

Muchas de las sensaciones descritas en el caso de la relajación muscular progresiva pueden reproducirse también en el de la respiración abdominal, por lo que las recomendaciones dadas entonces sirven también para esta técnica.

19.7. Ejemplo aplicado: el caso de Raquel

Raquel, de veintiocho años, acude a consulta por un problema de ansiedad generalizada, por lo que, además de otras técnicas, se le recomienda aprender la relajación muscular progresiva de Jacobson.

M (Modificador): Bueno, Raquel, en esta parte de la sesión vamos a aprender a relajarnos. Para ello vamos a servirnos de la relajación muscular. Esta técnica, al principio, nos ayuda a distinguir cuándo un músculo está contraído o tenso y cuando esté relajado. ¿Te parece?

R (Raquel): Vale, sí, sé que necesito relajarme, y si este es el mejor método....

M: Es una técnica que ayuda a muchas personas, y es muy recomendable, en general, a personas que, como tú, sufren de ansiedad generalizada. Muy bien, si te parece lo hago yo primero y luego lo hacemos juntos. En primer lugar, nos sentamos en la posición "del cochero", con las manos en el regazo, la espalda más o menos recta, pero no excesivamente erguida, los hombros un poco para abajo. Eso es, así. Y las piernas sin cruzar. Ahora cerramos el puño derecho apretando un poco, no demasiado, y nos concentramos en cómo los músculos del antebrazo y del puño están tensos. Tócalo un momento con la mano izquierda, para notarlo. Eso es. Estamos así unos 10 segundos, sin apretar en exceso. Eso es. Ahora, abrimos el puño y nos concentramos en la sensación de distensión del músculo y comparamos esta sensación con la de antes.

[Sigue la explicación con los distintos grupos musculares.]

M: Ahora lo intentamos juntos... ¿Qué te ha parecido?

R: Me siento como un poco más pesada.

M: Eso está muy bien. Es una primera sensación asociada a la relajación. Aunque ahora lo importante es no preocuparte por si te relajas mucho o poco, sino por aprender la secuencia de los ejercicios. Luego, en casa, es muy importante que practiques estos ejercicios al menos dos veces al día, ya que cuanto más practiques, más fácil y menos tiempo vas a necesitar para aprender a relajarte. Quiero que comiences a practicar tumbada en la cama, con los ojos cerrados y con el menor ruido posible.

R: De acuerdo.

M: Bueno, lo has hecho muy bien. Nos vemos la semana que viene.

[Pasa una semana.]

M: Hola, Raquel, ¿qué tal ha ido esa práctica de la relajación?

R: Bien.

M: ¿Has estado practicando?

R: Sí, todos los días. Pero me resultaba muy difícil relajar el cuello.

M: Muy bien. Ahora vemos esto del cuello, pero dime primero si con el resto de los ejercicios has tenido algún problema.

R: No, ninguno.

M: Vale. Por favor, haz los ejercicios del cuello que has practicado para que vea cómo los hacías. [Empieza a hacerlo.] Vale, vamos a parar un segundo. Creo que el problema está en que tensas demasiado el cuello y por eso la distensión tarda más en llegar. Intenta realizar una tensión más suave así, mira. ¿Ves? Ahora prueba tú. [La paciente lo hace.] ¿Qué tal

ahora?

R: Ahora mucho mejor, gracias.

M: Muy bien, ahora vamos a realizar todos los ejercicios de la relajación.

[Los practica.]

M: ¿Qué tal?

R: Tranquila, bien.

M: Muy bien, lo estás haciendo muy bien. Sigue practicando. Cuando ya consigas la sensación de relajación más fácilmente así, pasaremos directamente a recorrer las zonas del cuerpo sin la parte de tensión. Luego, relajaremos no tanto músculo a músculo sino por zonas (cabeza, tronco, brazos, piernas). Y, al final, verás que te es fácil estar relajada casi sin pretenderlo.

20

Desensibilización Sistemática y sus variantes

La Desensibilización Sistemática está considerada como la primera técnica de modificación de conducta diseñada para el tratamiento de un trastorno psicológico. Su desarrollo en los años cincuenta por parte de Joseph Wolpe puede tenerse por ejemplar en el proceso de elaboración de técnicas que siguió luego la modificación de conducta: un estudio y fundamento en investigaciones de la Psicología básica, en particular en principios de aprendizaje; la derivación de su aplicación al ámbito psicopatológico o problemas de comportamiento más generales; la concreción muy estricta (y protocolizada) del procedimiento para su aplicación; y, finalmente, su comprobación empírica en múltiples muestras de sujetos. Esta estrecha asociación entre investigación y práctica clínica es el ideal de la modificación de conducta y la razón por la que con sus técnicas se hayan obtenido tan buenos resultados en contextos tan distintos y hayan acabado por conformar los tratamientos de elección ante muchos de los problemas en que intervienen los psicólogos.

Hoy en día, aunque, ciertamente, la Desensibilización Sistemática es un procedimiento bastante menos empleado en la práctica clínica que los métodos de exposición, sigue resultando igual de eficaz, en particular para las fobias específicas (como el miedo a los animales, a intervenciones dolorosas, a volar, a situaciones de temor a la evaluación académica pese a dominarse la materia, y, en general, en todas aquellas en que resulta difícil jerarquizar una exposición en vivo), y en otros trastornos en que plantear de entrada un contacto directo con lo temido resulta intolerable para el sujeto.

20.1. Qué es la Desensibilización Sistemática

La Desensibilización Sistemática (DS, en adelante) es un procedimiento para disminuir las respuestas de ansiedad condicionadas ante determinados estímulos: el sujeto se expone (en imaginación) de manera muy progresiva -y jerarquizada de menos a más - a los estímulos que desencadenan ansiedad, al tiempo que emite una respuesta incompatible con la ansiedad (por ejemplo, la de relajación); de esta forma se produce un nuevo condicionamiento según el cual los estímulos antes aversivos pierden su carácter ansiógeno y la persona gana control para enfrentarse realmente a las situaciones temidas.

Wolpe desarrolló la DS a partir de los estudios sobre las neurosis experimentales en animales y concluyó que el proceso de aprendizaje que podría servir para eliminar esas reacciones era la inhibición recíproca (incompatibilidad de actuación simultánea del sistema nervioso simpático y del parasimpático). En realidad, el autor sudafricano no fue el primero en idear un proceso de esta naturaleza (contraponiendo los estímulos ansiógenos a otros de efecto contrario), pero sí quien lo sistematizó en pasos de forma clara y replicable, y, además, quien demostró repetidamente su efectividad para tratar fobias en humanos. Wolpe barajó y usó varias respuestas incompatibles con la ansiedad, como la relajación, las conductas de tipo asertivo, la excitación sexual o conductas apetitivas con alimentos, pero en su procedimiento estándar se decantó por la primera por su manejabilidad y versatilidad. Esta respuesta de relajación la procuraba por medio de un entrenamiento muy abreviado de la relajación muscular progresiva de Jacobson, por eso el aprendizaje de la relajación sigue siendo un requisito para la puesta en práctica de la DS.

Hoy en día existen distintas teorías para explicar los efectos positivos y la eficacia de la DS. Con una alta probabilidad, la mejoría no proviene - como creía Wolpe - de la inhibición recíproca, pues el sistema nervioso simpático y parasimpático no funcionan de forma tan incompatible como en su época se creía. En realidad, los procesos de habituación, de pérdida de sensibilización y, fundamentalmente, de extinción que se dan por la repetida aplicación de la técnica explican mejor sus resultados.

20.2. Proceso de aplicación de la Desensibilización Sistemática

Como se acaba de exponer, la DS es un procedimiento estrictamente protocolizado, pues basa su eficacia en el correcto seguimiento del proceso de aplicación y resulta muy sensible a este. Los pasos en que se divide el procedimiento son cuatro: 1) aprendizaje de un método de relajación; 2) elaboración de la jerarquía; 3) pruebas previas de calidad de la imaginación y de respuesta emocional a la imaginación; y 4) aplicación de la secuencia de DS.

20.2.1. Aprendizaje de una técnica de relajación

La aplicación de la DS se inicia con el aprendizaje de alguna técnica que proporcione un estado incompatible con la ansiedad. En el caso de los adultos, en general, se recomienda el empleo de una técnica de relajación con la que el sujeto se sienta a gusto y se desenvuelva con soltura.

Tradicionalmente, la relajación muscular progresiva de Jacobson ha sido la más empleada, pero si el sujeto consigue una buena relajación con la respiración diafragmática, el Entrenamiento Autógeno de Schultz, imágenes emotivas, etc., estos métodos también pueden aplicarse.

Como en el momento de su desarrollo la eficacia de la DS se explicaba por la inhibición entre sistemas nerviosos, la respuesta de relajación se juzgaba crucial porque era el medio de contrarrestar la fuerza de la respuesta de ansiedad. Sin embargo, hoy en día se cuestiona esta teoría y se han propuesto otras hipótesis según las cuales la relajación es útil no tanto porque favorezca esa competición entre sistemas sino porque facilita que el sujeto siga en contacto con los estímulos aversivos sin dar una respuesta de escape o evitación. Por tanto, la calidad o intensidad de la respuesta de relajación importa menos que el que proporcione seguridad a la persona para continuar imaginando los estímulos ansiógenos.

20.2.2. Elaboración de la jerarquía

Si la persona no conocía ninguna técnica de relajación, mientras la aprende

en sesión y practica en casa, el modificador seleccionará - junto con el sujeto - una lista de las situaciones vinculadas a su fobia y las ordenará en función del temor que le generen, de forma que las primeras sean las que menos ansiedad le produzcan y las superiores las que más.

Se debe elaborar una jerarquía por cada situación problema (por cada fobia o temor). Una forma práctica de hacerlo consiste en entregar al paciente varias fichas en blanco (entre quince y veinticinco) para que describa en ellas con el mayor detalle posible situaciones que cubran una gama amplia de ansiedad (casi nula, muy poca, poca, mediana, alta, muy alta, máxima). Debe trabajarse con situaciones realistas, aunque no todas las haya experimentado efectivamente el sujeto.

Las jerarquías que se elaboran así deben ser idiosincrásicas o particulares para cada paciente, aunque su fobia sea muy típica, pues las diferencias individuales deben considerarse con atención en la DS. Con frecuencia estas jerarquías son temáticas (por ejemplo, para el temor de tomar un medio de transporte puede estar constituida por ítems como: subirse a un autobús, subirse a un taxi, ir en el metro, ir en un tren de alta velocidad, ir en un avión, ir en un barco, etc.), o bien espaciotemporales, esto es, graduadas en función de la distancia espacial o temporal con la situación temida (por ejemplo, días que faltan antes de un viaje en avión; o distancia física de un animal temido). También pueden combinarse ambos tipos de jerarquías (temáticas y espaciotemporales), pero en ningún caso conviene que tengan menos de 15 ítems o bastantes más de 20.

20.2.3. Pruebas previas de calidad de la imaginación y de respuesta emocional a la imaginación

Una vez escritas con el suficiente detalle para que sean fácilmente evocadas en la imaginación, resulta más sencillo ordenar estas fichas y ponderarlas. Para ello, se emplea una escala de 0 a 100, y en la que, en un principio, es oportuno puntuar de 10 en 10 (esto es, valorar las fichas con 10, 20, 30...) y luego poner otras intermedias de 5 puntos (esto es, 15, 25, 35...). Estas unidades para la ponderación del nivel de ansiedad o malestar, que también

ideara Wolpe, se denominan Unidades Subjetivas de Ansiedad (USAs) y sirven primero para organizar correctamente la jerarquía y, posteriormente, para valorar el avance de la DS. Una forma de facilitar el proceso de ponderación de las situaciones descritas en las fichas consiste en empezar por los extremos; esto es, poner primero la ficha que tiene 5 o 10 de USA, luego la que llegaría a 95 o 100, y luego las intermedias: 50, 25, 75, y seguir situando el resto a partir de las primeras valoradas, pudiendo reajustarlas en cualquier momento, naturalmente.

A continuación, se llevará a cabo una prueba de imaginación. Este paso resulta ineludible pues quizás la persona no sea capaz de imaginar con claridad la situación temida o no responda emocionalmente ante su evocación. Esto no quiere decir que, en la situación real, no sufra una respuesta de ansiedad intensa, sino solo que carece de una imaginación lo bastante viva como para figurarse esa situación. La práctica en imaginación consiste en indicar a la persona que se relaje e imagine vivamente lo que se le va a proponer. Seguidamente, se le describirá una situación neutra (sin relación ninguna con la situación de ansiedad), por ejemplo que evoque un lugar donde estuvo hace unos días. Cuando lo recuerde con nitidez, debe indicarlo levantando el dedo índice de la mano. Se le preguntará por algún detalle para comprobar la calidad del recuerdo. A continuación se escoge una de las fichas de la jerarquía que haya sido valorada como muy ansiógena (80 USAs o más) y se le leerá. De nuevo, la persona debe anunciar que ya la imagina levantando el dedo. Inmediatamente, se le preguntará si le produce ansiedad, si es así y el sujeto responde claramente con ansiedad, la DS es un método idóneo para su tratamiento. Por el contrario, si a pesar de imaginarla adecuadamente no le afecta emocionalmente, no se seguirá con el último paso de la DS, aunque tanto el entrenamiento en relajación como la jerarquía valgan para el tratamiento con otro procedimiento (otro tipo de exposición).

20.2.4. Aplicación de la secuencia de Desensibilización Sistemática

Finalizados los pasos anteriores, se continuará con la aplicación de la DS por medio de una secuencia que debe seguirse sin alteraciones. Esta secuencia se lleva a cabo en sesión y no debe prolongarse más allá de 20-25 minutos por la

dificultad que supone mantener más tiempo la atención en las imágenes descritas. La secuencia se inicia pidiendo a la persona que se relaje y que procure imaginar con la mayor nitidez posible lo que se describe; es más: debe verse actuando en la escena, participando, y no como un mero observador. Una vez ya relajado, se toma la primera ficha y se lee despacio. Se pregunta a la persona si ya la visualiza con claridad y, si es así, que lo indique levantando el dedo índice de la mano. La escena se mantiene entonces unos 15-20 segundos más. A continuación se le pregunta si le genera ansiedad y que lo señale de nuevo levantando el dedo. Si no lo levanta - y, por tanto, esa escena no le produce ansiedad - se vuelve a leer nuevamente la misma ficha y se repite el proceso durante un tiempo algo mayor (30-40 segundos). Si la imagina claramente y sigue sin sentir ansiedad, se pasa a la siguiente de la jerarquía y se continúa así con la secuencia, pero entre escena y escena, el sujeto debe centrarse de nuevo en la relajación al menos unos 40 segundos. No importa que un ítem se presente más de dos veces, en especial si existe alguna duda respecto a que el sujeto presente aún algo de ansiedad, aunque sea leve. Por todo ello, habitualmente no se pasa más de 3 o 4 fichas en cada sesión de Desensibilización.

Lo más corriente es que alguna de las escenas genere ansiedad. En esos casos, justo en el momento en que la persona señala que tiene ansiedad, se retira inmediatamente la escena y se le dice: "deja de imaginarlo y céntrate en relajarte". Se espera un minuto y, una vez pasado, se vuelve a leer la misma escena. Si de nuevo la persona manifiesta sentir ansiedad, otra vez se le indica que deje de imaginar y que se relaje. Se vuelve entonces a leer la ficha anterior, que ya había pasado sin ansiedad. Tras superar de nuevo sin ansiedad la anterior, se vuelve a leer la ficha superior (que había producido la respuesta de ansiedad) y, en caso de que reaparezca la ansiedad, se le indica que deje de imaginar, se le da un tiempo más prolongado para que se relaje intensamente y se interrumpe el procedimiento por ese día. Por tanto, en la DS, si al imaginar una escena, a pesar de estar previamente relajado, por dos veces aparece la ansiedad, se detiene el procedimiento y se rehace la jerarquía incluyendo una escena menos ansiógena que la no superada. Es por esta razón por lo que, como anteriormente se explicó, se emplea una escala con

intervalos de 10 o 5 USAs, de forma que, llegados a este punto, puedan redactarse otras escenas con puntos intermedios. Esto es, si el sujeto había pasado sin ansiedad una escena con 25 USAs y ahora al imaginar la de 30 experimenta ansiedad (por dos veces), hay que redactar otra nueva que tenga unos 27 o 28 USAs. Por el contrario, si imagina con la suficiente viveza dos o tres veces una escena y ya no aparece ninguna ansiedad (o muy baja), se estima que se ha desensibilizado ante ella. Cuando comience la siguiente sesión se hará por un ítem que ya fuera superado, pero que se repite antes de seguir la secuencia.

En este procedimiento resulta clave avanzar en la jerarquía únicamente cuando hay seguridad de que los ítems ya no levantan respuestas de ansiedad, pues de lo contrario podría producirse un efecto contraproducente: una sensibilización a esas situaciones. En resumen: al imaginar esas escenas la ansiedad tiene que ser inexistente o muy leve y siempre manejable. La superación no debe obedecer a una incompleta imaginación de la escena, sino a continuar relajado a pesar de visualizarla.

Mientras sigue el proceso de Desensibilización es importante que el sujeto no haga ninguna prueba de exposición en vivo; debe primero finalizar toda la jerarquía sin tener respuestas de ansiedad. Luego, una vez terminada y consolidada esa Desensibilización a las imágenes imaginadas, llega el momento de hacer un proceso de exposición en vivo que, en cualquier caso, no estará completamente libre de ansiedad, aunque sí en un nivel manejable que permitirá un afrontamiento exitoso. El refuerzo positivo por enfrentarse en la realidad a las secuencias antes temidas sostendrá el aprendizaje adquirido.

Indefectiblemente, durante la secuencia, cuando el modificador esté leyendo las tarjetas se ceñirá a su contenido, sin añadir nuevos detalles, observará bien al paciente para detectar sus respuestas de ansiedad y, si estas se presentan, dará siempre una respuesta neutra (no de contrariedad si aparece la ansiedad o de satisfacción si no es así), dirá únicamente: "imagina", "relájate", "deja de imaginar", etc.

20.3. Variantes en la Desensibilización

Lo descrito en el apartado anterior corresponde al procedimiento original y estándar de la DS. Pero, además de esta modalidad, se han desarrollado algunas variantes que facilitan su aplicación a distintos contextos y que son recomendables ante determinados problemas. Brevemente se expondrán aquí cuatro modalidades alternativas: 1) la Desensibilización en vivo; 2) la Desensibilización en grupo; 3) la Desensibilización a través de realidad virtual; y 4) la Desensibilización como técnica de control.

20.3.1. La Desensibilización en vivo

A diferencia de lo que sucede en la DS, en donde la presentación de los estímulos es siempre imaginaria, en la Desensibilización en vivo estos se presentan realmente (es decir, en vivo). Como ya se explicó, para algunas personas resulta difícil evocar con nitidez o reaccionar emocionalmente a estímulos meramente imaginarios. En tales casos resulta pertinente decantarse por esta variante de la Desensibilización. Además, no necesariamente se trabaja con la respuesta de relajación de forma semejante a la DS.

Para la aplicación de la Desensibilización en vivo la jerarquía se construye y puntúa de forma semejante a la de la DS, pero estará formada por situaciones reales que se traerán a la consulta o se irá en persona allí donde se pueden vivir las situaciones. En este último caso, el modificador o alguien entrenado por él estarán presentes para dar las instrucciones. Como se trata de una secuencia de Desensibilización (y no tanto una exposición, tal y como se explica en el capítulo 21), las exposiciones no serán prolongadas y se comenzará con niveles muy bajos de ansiedad. La clave es siempre que el sujeto permanezca tranquilo para que no llegue a experimentar respuestas de ansiedad inmanejables. Como inconvenientes de esta modalidad puede apuntarse la dificultad para encontrar unas situaciones en vivo tan precisas como las que se pueden describir imaginariamente o la mayor dificultad para tener controlada la situación en un escenario con estímulos reales.

La Desensibilización en vivo se ha aplicado de forma muy exitosa en problemas como las disfunciones sexuales, en programas diseñados de acuerdo con los conocidos tratamientos de Master y Johnson.

20.3.2. La Desensibilización Sistemática en grupo

En esta modalidad, la DS se aplica a un grupo de personas (normalmente no más de seis) que sufren una fobia o un temor semejante, y de esta forma se economizan tiempos y dinero en la intervención. En este caso, se construyen jerarquías que reúnen elementos comunes para todos los miembros del grupo, se aprende simultáneamente el procedimiento de relajación y se presentan a todos las escenas siguiendo la secuencia común, aunque el ritmo tendrá que acomodarse al de la persona que vaya más lenta, pues no deben darse respuestas de ansiedad. Lógicamente, en este tipo de aplicación el procedimiento no podrá ser tan minucioso ni tan fácil de controlar como en una implementación individual, pero para problemas como la fobia a los aviones, en que las personas presentan notables similitudes, puede ser una buena alternativa.

20.3.3. La Desensibilización a través de realidad virtual

La realidad virtual es una tecnología aún en desarrollo, aunque un conjunto de resultados ya publicados la convierten en una opción aconsejable para problemas como las fobias a animales o la agorafobia. En rigor, esta modalidad supondría una situación intermedia entre la DS y la Desensibilización en vivo pues, aunque los estímulos que emplea no son reales, tampoco son imaginados.

Según ha demostrado la investigación, si bien la calidad de la imagen y su realismo pueden ser un elemento facilitador, para su eficacia clínica por encima de todo el sujeto ha de experimentar una sensación inmersiva; esto es, que se viva participando dentro de la escena reconstruida con el aparato.

20.3.4. La Desensibilización como técnica de control

Por último, una modalidad algo diferente - pues no se acomoda al principio de trabajar siempre con niveles bajos de ansiedad y retirar las escenas en cuanto aparecen las respuesta de ansiedad - se denomina Desensibilización como técnica de control. En este caso, se siguen los primeros pasos de la DS (aprendizaje de la relajación, elaboración de jerarquía, secuencia de lectura de las imágenes ansiógenas) pero, cuando se describe la escena, si el paciente anuncia que siente ansiedad, se le pide que mantenga la visualización e, intensificando la relajación, trate de contrarrestar esa ansiedad hasta hacerla desaparecer. Dado el carácter activo de esta modalidad, se puede tener más por una técnica de afrontamiento (o coping) que de Desensibilización propiamente dicha.

20.4. Ejemplo aplicado: el caso de Daniel

Daniel es un hombre de treinta años que acude a consulta por su miedo a las alturas. Siempre ha realizado actividades deportivas al aire libre. Actualmente, tiene una nueva pareja que comparte su afición por el deporte y han empezado a hacer montañismo con algo de escalada. Al principio Daniel conseguía realizar estas actividades con su pareja, aunque con gran ansiedad por su parte. En la actualidad, Daniel se siente incapaz de seguir con esta afición, sobre todo desde que en una ocasión, escalando con su pareja, se quedó paralizado y no pudo seguir. Para él supone un problema, y desea poder estar en lugares altos sin sentir miedo.

M (Modificador): Bueno, Daniel, ¿cómo ha ido esta semana la relajación?

D (Daniel): Genial. Lo puedes ver en el autorregistro, voy mejorando.

M: Ya veo. Ahora eres capaz de llegar a relajarte muy profundamente. Como vas tan bien, mientras sigues practicando la relajación esta semana próxima, vamos a dar el siguiente paso. Para ello, hoy vamos a preparar una lista con las situaciones que te asustan o te provocan ansiedad. La idea es componer una escala jerárquica de las situaciones, o sea, ordenarlas de menor a mayor ansiedad, ¿entiendes?

D: Creo que sí.

M: Es fácil. Tú me vas a ir contando las situaciones que te provocan ansiedad, y las vamos a escribir en estas tarjetas. Me las tienes que describir con todo el detalle que puedas, dado que luego voy a ser yo quien te las lea, y deben generarte ansiedad. Da igual que sean situaciones que hayas vivido realmente o no, pero sí deben ser realistas.

D: Muy bien.

M: Haremos unas veintitantas situaciones, ordenándolas de menor a mayor ansiedad. Las puntuaremos desde cinco o diez hasta cien, siendo esto lo máximo posible. ¿De acuerdo? ¿Alguna pregunta?

D: No, de momento no.

M: Muy bien, vamos a empezar. Cualquier cosa, tú pregúntame. Empecemos con la situación que más temes, la que te provoca mayor ansiedad, ¿cuál es?

D: Estar sentado en un mirador de una montaña, justo en el borde.

M: Muy bien, sigue contando.

D: Estar sentado en el borde de la piedra, con los pies colgando... Y mirar hacia abajo y ver que hay más de, yo que sé, al menos 10 o 15 metros de caída. Sin nada donde agarrarse.

M: Lo estás haciendo muy bien. ¿Esto sería un 100 para ti?

D: Sí, sin duda. Me he puesto nervioso solo contándotelo.

M: Es normal. Además, eso, aunque te parezca que no, es buena señal para el tratamiento. Un indicador de que este método va a funcionar. Vale, ahora dime la situación que te genere ansiedad, pero lo mínimo posible.

D: No sé... Creo que subirme de pie a una silla, como para cambiar una bombilla o algo.

M: Vale. Esta situación que sería, ¿un 5 o un 10 de ansiedad?

D: Un 5.

M: De acuerdo. Ahora cuéntame la situación intermedia, la que sería para ti un 50.

D: Creo que cruzar un puente sería un 50. De esos que cruzan las autovías por encima. Y mirar hacia abajo, con mucho tráfico. De todas formas, ¿luego se pueden cambiar las puntuaciones? A lo mejor luego se me ocurre otra situación que puede estar mejor en el medio.

M: Por supuesto, estamos empezando. Las puntuaciones, una vez que tengamos todas las situaciones, las revisamos y podemos ajustarlas y moverlas, según tú consideres.

D: Genial.

M: Bien, ahora cuéntame la que estaría en el 25...

[Sigue la descripción de situaciones y su puntuación para establecer la escala.]

M: Bueno, Daniel, la lista de situaciones ya está y hemos comprobado que trabajas muy bien imaginariamente. Así que, como te dije la semana pasada, hoy empezamos con la Desensibilización. Vamos a trabajar solo unos 25 minutos, no más. Se empieza por las situaciones más bajas, de menos ansiedad, y cada vez que lea una situación, te la tienes que figurar lo mejor posible, como actuando en ella. Cuando la tengas en la cabeza, levanta un dedo para decirme que ya estás allí mentalmente. Pasado un tiempo, te pediré que te relajes, y cuando lo consigas, para avisarme, vuelves a levantar el dedo, ¿de acuerdo?

D: Sí.

M: Bien, pues ponte cómodo en la silla, cierra los ojos y relájate. Cuando estés totalmente relajado, avísame levantando un dedo. No tengas prisa, tómate el tiempo que necesites.

D:... [cierra los ojos y se relaja; al minuto levanta el dedo.]

M: Imagínate que estás en tu salón, coges una silla de madera de las que tienes y te subes a ella para cambiar la bombilla de la lámpara central. Estás subido encima, totalmente estirado, con los brazos hacia arriba, en mitad del salón y miras hacia abajo, viéndote los pies, la silla y el suelo de madera. Si sientes ansiedad levanta un dedo.

D:... [Levanta un dedo.]

M: Deja de imaginarte eso y relájate (pasa un minuto segundos). Si estás ya bien relajado levanta un dedo.

D:... [Levanta un dedo.]

M: Vas a volver a figurarte que estás en tu salón, coges una silla de madera de las que tienes y te subes a ella para cambiar la bombilla de la lámpara central. Estás subido encima, totalmente estirado, con los brazos hacia arriba, en mitad del salón y miras hacia abajo, viéndote los pies, la silla y el suelo de madera. Si lo imaginas bien levanta un dedo.

D:... [Levanta un dedo.]

M: Mantén la imagen (espera unos 15 segundos). Si te viene la ansiedad levanta un dedo.

D:... [No levanta el dedo.]

M: Sigue con la imagen la cabeza (pasan 30 segundos). Ahora deja de imaginar la escena y vuelve a concentrarte en la relajación para

intensificarla lo más que puedas.

M: De nuevo vas a volver a figurarte que estás en tu salón, coges una silla de madera de las que tienes y te subes a ella para cambiar la bombilla de la lámpara central. Estás subido encima, totalmente estirado, con los brazos hacia arriba, en mitad del salón y miras hacia abajo, viéndote los pies, la silla y el suelo de madera. Si lo imaginas bien levanta un dedo.

D:... [Levanta un dedo.]

M: Mantén la imagen (espera unos 15 segundos). Si tienes ansiedad levanta un dedo.

D:... [No levanta el dedo.]

M: Sigue con la misma imagen (pasan 35 segundos). Ahora deja de imaginar la escena y vuelve a concentrarte en la relajación para intensificarla lo más que puedas. (Pasan unos 40 segundos). Voy a leerte ahora la siguiente escena...

[Sigue la aplicación de dos escenas más.]

M: (Después de esperar un minuto más en que Daniel sigue relajándose). Ya puedes abrir los ojos. ¿Qué tal?

D: Bien, mejor de lo que esperaba.

M: ¿Ahora mismo estás relajado?

D: Sí, totalmente.

M: Muy bien, lo has hecho muy bien. Es esencial que siempre terminemos la sesión estando tú relajado. ¿Has tenido problema con alguna situación?

D: No, con ninguna. Bueno, estoy recordando que justo la primera sí me

sentí algo ansioso, aunque no sé si fue justo por empezar el entrenamiento y no saber bien cómo era la cosa, o la situación misma de estar aquí empezando...

M: Es normal. Pero luego, cuando no te produjo ansiedad ya, ¿te la imaginabas bien? ¿Y te sentías y veías dentro de la escena?

D: Sí, sí. Me las imaginaba muy bien; pero es verdad, luego ya me sentía tranquilo, aunque creía que iban a alterarme más.

M: Muy bien. Pues por hoy hemos terminado. Nos vemos el próximo día. Y una última cosa muy importante. Hasta la siguiente sesión, no practiques por tu cuenta, dado que podemos alterar el tratamiento. De momento solo podemos trabajar aquí, ¿de acuerdo?

D: De acuerdo. Pero... ¿y si tengo que cambiar una bombilla del techo?

M: Bueno, déjalo para cuando hayamos avanzado en el procedimiento. Ahora nada de escaleras, puentes, ni mucho menos escalada de montaña: pero todo eso llegará en una segunda parte.

21

Técnicas de exposición

Las técnicas de exposición se ven, a día de hoy, como las herramientas clínicas más eficaces para el modificador de conducta que trata trastornos de ansiedad. Su utilidad contrastada para problemas sumamente difíciles de abordar - piénsese en los ejemplos paradigmáticos del trastorno obsesivo-compulsivo o la agorafobia- han permitido mejorar radicalmente el pronóstico de unos cuadros que, antes del desarrollo de estos procedimientos, se tenían por crónicos y acarreaban enormes limitaciones vitales durante largos periodos de tiempo, cuando no durante toda la vida.

No obstante, esta gran "potencia terapéutica" ha tenido también alguna contrapartida. La divulgación masiva de esta forma de actuar desde la modificación de conducta o, mejor dicho, de sus aspectos más superficiales (que pueden parecer fáciles), ha ocasionado que la exposición se haya aplicado inadecuadamente y algunas personas con altos niveles de ansiedad hayan acabado con más problemas de los que ya tenían. Una terapia de exposición, especialmente cuando se aplica por medio de una técnica que funciona con niveles altos de ansiedad (como es el caso de la inundación), implica hacer pasar a un sujeto por situaciones difíciles y con un alto grado de malestar. Pero, si se implementa incorrectamente no solo dejan de obtenerse las ganancias esperadas, sino que el problema inicial se agrava, y eso tras un notable sufrimiento. Por tanto, el aprendizaje correcto de las bases de estos procedimientos y de su adecuada puesta en práctica constituye una obligación deontológica de los modificadores de conducta.

En este capítulo se ofrecen las claves de la eficacia de procedimientos de exposición, la manera de implementarlos con garantías y las principales modalidades en que se pueden llevar a la práctica. Las técnicas de exposición

han acabado por considerarse, en algunos casos, terapias independientes, pero aquí se expondrán como modalidades de la misma exposición.

21.1. Qué son las técnicas de exposición

Las técnicas de exposición son una serie de procedimientos cuyo objetivo es disminuir, por medio de la habituación y la extinción, el nivel de activación que se produce ante determinados estímulos generadores de ansiedad. Su fundamento radica en que exponerse a la situación temida - de forma gradual o no - producirá un aprendizaje por el que se acostumbrará al organismo de forma que su respuesta será cada vez menos intensa. Convenientemente reforzada, esta práctica llevará a la superación y manejo de la situación temida y hasta entonces evitada.

La gran diferencia entre un proceso de desensibilización y uno de exposición estriba en los niveles de ansiedad que se emplean en uno y otro procedimiento. Básicamente, mientras que en la primera los niveles de ansiedad tienen que ser nulos o muy bajos (lo que se logra por una graduación muy amplia de las situaciones temidas, el uso intenso de la relajación y la retirada de la situación en cuanto surge la ansiedad), en los de extinción los niveles de ansiedad son medios (en la exposición gradual), altos o muy altos (en la inundación). Por esta misma razón, mientras que en la Desensibilización se expone al sujeto a la situación temida durante un breve tiempo (segundos o pocos minutos), en la exposición este contacto debe persistir durante mucho tiempo (varias horas) y debe repetirse con frecuencia (todos los días o casi todos los días). Otra diferencia señalada habitualmente es que la Desensibilización suele hacerse imaginariamente, mientras que las exposiciones son en vivo; no obstante, existen variantes en que las Desensibilizaciones se hacen en vivo (como se vio en el capítulo 20) y las exposiciones se llevan a cabo mentalmente (como, por ejemplo, en la implosión).

Una justificación del efecto positivo (desaparición de la ansiedad) de las técnicas de exposición radica en los procesos de extinción del condicionamiento clásico. La extinción se produce cuando el sujeto que tiene

ansiedad permanece frente al estímulo temido en vez de evitarlo (es decir, sin emitir una conducta de escape) con lo que rompe, de este modo, la asociación entre el estímulo condicionado (situación temida) e incondicionado (ansiedad-consecuencia negativa esperada). Así, por ejemplo, un sujeto que teme caerse si baja por las escaleras mecánicas perderá ese miedo si comprueba que, a pesar de subir y bajar por ellas durante horas y horas muchos días, no sufre ningún accidente. Eso sí, este proceso únicamente se dará si se evita la respuesta de escape, es decir, si durante un determinado tiempo no recurre a las escaleras normales.

La eficacia de la exposición probablemente también se debe a los efectos de habituación que acarrea la implementación de la técnica. En un principio, al exponer al sujeto a la situación temida, su ansiedad se incrementa notablemente. Si en el pico de esa ansiedad escapa de la situación, esta quedará asociada más intensamente al miedo (se condicionará la situación con la ansiedad aún con más intensidad), pero si el sujeto no tiene oportunidad de escapar, al cabo de las horas la ansiedad inevitablemente disminuirá (la ansiedad sigue siempre una curva característica que puede durar varias horas, pero que acaba bajando por el agotamiento de los recursos del organismo). La repetición de esta experiencia, subida inicial de la ansiedad seguida de su descenso, favorecerá que la respuesta emocional cada vez sea menos intensa y desaparezca más rápidamente; eso sí, únicamente si no se dan conductas de escape o evitación y el sujeto permanece en la situación hasta que disminuya significativamente la ansiedad. Frente a lo que se suele temer, la mayor intensidad de la respuesta de ansiedad no supone un problema que imposibilite o dificulte la exposición, pues cuanto más alta sea esa respuesta más rápidamente se producirá el descenso de la activación (aunque esto, naturalmente, puede seguir exigiendo varias horas).

Hoy en día, continúa la investigación básica para dirimir qué papel puedan jugar la habituación y la extinción en la mejoría en la ansiedad, así como su interacción con procesos cognitivos; pero, comoquiera que sea, es un hecho contrastado que la exposición reduce el miedo a los estímulos condicionados y favorece el afrontamiento de las actividades y situaciones antes evitadas,

quizás por lo que se ha dado en llamar un "aprendizaje de seguridad" que se contrapondría al anterior "aprendizaje de peligro".

21.2. Procedimiento general de exposición

21.2.1. Elección de la pertinencia de la exposición y su modalidad

En primer lugar, antes de decidir la modalidad de exposición, debe elegirse entre un acercamiento por Desensibilización o por exposición. Aunque hay trastornos en los que de entrada la exposición parece el tratamiento idóneo (fobia social, agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, bulimia, etc.), la elección debe basarse siempre en el análisis funcional. En concreto, si este análisis saca a la luz que el miedo de la persona con ansiedad le impide afrontar las situaciones o tiende a desmayarse en cuanto se encuentra en la situación ansiógena, comenzar por un acercamiento desde la Desensibilización parece lo más acertado. En cambio, el paciente que, a pesar de su miedo, quiere enfrentarse (aunque sea progresivamente) y trata de esforzarse será un buen candidato directo para una técnica de exposición.

Decidido que el proceso de exposición es el idóneo para el caso, el modificador deberá decidir por qué formato de exposición se inclinará: si opta por un método más gradual (exposición jerarquizada) o uno con niveles altos de ansiedad desde el primer momento (inundación), y si habrá una exposición imaginaria, con realidad virtual o en vivo; o si el formato será individual o grupal. La naturaleza del problema - que se dilucidará de nuevo mediante el análisis funcional - proporcionará las claves para esta toma de decisiones. En el apartado 21.3 se ofrecen varias orientaciones al respecto.

21.2.2. Procedimiento básico de exposición

Antes de aplicar la exposición se llevará a cabo una fase educacional en la cual se explicará con claridad en qué consiste el procedimiento de exposición. Teniendo en cuenta los fundamentos teóricos de la técnica (proceso de habituación y extinción por medio de prevención de la respuesta de escape/evitación), se le explicará por qué es tan importante que no abandone

la situación temida una vez que empieza la exposición y hasta que no se reduzca el nivel de ansiedad. Se le asegurará que el modificador le acompañará en todo momento (o contará con la ayuda de una persona de su total confianza) si esto favorece su motivación; que las sensaciones nunca serán peligrosas (aunque sí pueden resultar muy molestas y asustarle, en un principio), que (según la modalidad) se graduarán las situaciones para que le sea más fácil afrontarlas y que no se le forzarán nunca a la exposición, de modo que afrontará lo temido al ritmo que necesite, aunque sí se le motivará a continuar a pesar del malestar. Además, si el caso invita a ello, se le proporcionarán algunas herramientas cognitivas a las que puede recurrir en los momentos en que se encuentre peor.

Estas técnicas cognitivas se ilustrarán y se ensayarán previamente a las exposiciones. Sin embargo, no deben suponer una distracción o un desvío de la atención (al menos prolongada) de la situación o de las sensaciones corporales, pues en esos casos podrían transformarse en métodos cognitivos de escape o de evitación.

A continuación, se fijará un momento adecuado para comenzar las exposiciones. Hay que tener en cuenta que este proceso supone dedicar muchas horas a la intervención y en días continuados. Por eso, algunos pacientes necesitan que el tratamiento se lleve a cabo en épocas del año propicias, como periodos vacacionales en los que cuentan con el tiempo y la tranquilidad para dedicarse a su mejoría. De hecho, algunos de los programas de tratamientos de exposición para el trastorno obsesivo-compulsivo se efectúan en un régimen de internamiento que suele durar varias semanas.

En tercer lugar, se elaborará junto con el paciente una jerarquía de situaciones temidas y que serán a las que realmente se expondrá a continuación. Esta jerarquía puede estar compuesta por unas 10-12 situaciones temidas y suele estar menos elaborada y ser más breve que las empleadas típicamente en la DS. Además, la jerarquía incluirá desde el principio ítems que provocan ansiedad al menos media-baja.

Se preparan a continuación las estrategias cognitivas complementarias, si

se piensa que pueden representar una ayuda para mantener al sujeto en la situación de exposición. Un ejemplo de estas estrategias se denomina método de las cuatro preguntas. Consiste en preguntar al paciente, mientras está en la situación temida: 1) ¿qué puede suceder mientras está en la situación de exposición?; 2) ¿qué es lo que más teme que pase?; 3) ¿qué es lo más probable que pase?; y 4) ¿qué pasa si ocurre lo peor, lo que más teme? Lógicamente, en los casos en que se dé una gran distorsión cognitiva - por ejemplo, si el sujeto cree que puede morir de un ataque al corazón o de una asfixiase corregirán ya en el ensayo estos errores fruto del desconocimiento, lo que seguramente contribuirá a mejorar su tranquilidad durante la exposición.

Por último, se iniciará la exposición por el primero de los ítems de la jerarquía. Se animará al sujeto a comenzar, a pesar de su temor, y mientras se expone se le recordará que debe permanecer en la situación temida hasta que pase la ansiedad, lo cual sucederá inevitablemente al cabo de un tiempo. Nada más comenzar se le preguntará cuál es su nivel de ansiedad (puede utilizarse una escala de 0 a 10) y se le pedirá que describa qué siente (por ejemplo, calor, falta de aire, palpitaciones, temblores, miedo, sudor, deseos de escapar, etc.). Igualmente, se le preguntará por detalles de lo que está viendo o tiene alrededor (por ejemplo, si se está exponiendo a una araña debe describir con detalle cómo es el animal: pelos, colores, movimientos, etc.), y se reforzarán todas estas verbalizaciones. También pueden formularse las cuatro preguntas antes citadas. Al cabo de unos 10-15 minutos se inquirirá de nuevo por el nivel de ansiedad y así se continuará con el mismo intervalo de tiempo hasta el final de la exposición. Es probable que durante estos momentos haya subidas y bajadas de la ansiedad, incluyendo varios picos. En esos momentos, se seguirá tranquilizando al sujeto y haciéndole saber lo normal de todo este proceso. La situación se prolongará hasta que durante la última media hora el sujeto no dé respuestas de ansiedad (niveles por debajo de 2 en la escala de 0 a 10), y solo entonces se finalizará la exposición. Esto suele durar entre unos 90 y 120 minutos, pero en ocasiones la exposición puede prolongarse bastante más. Siempre el criterio para cerrar la sesión es la ausencia de ansiedad durante unos 20-30 minutos.

Al día siguiente (o como mucho dos días después) se repetirá la exposición. En un principio, estas exposiciones pueden realizarse con un coterapeuta o acompañante que ayude a la persona de igual forma que se acaba de describir. De este modo, si el paciente vuelve con el modificador de conducta a la semana siguiente, durante los seis días anteriores puede haber practicado la misma situación de la escala jerárquica. No obstante, si existe alguna duda de que el sujeto se escape no se propondrá esta práctica de forma independiente.

21.2.3. Consideraciones sobre la labor del modificador durante la exposición

La exposición, tal y como se ha descrito, requiere una importante implicación de tiempo y esfuerzo, y de habilidades del modificador para motivar y ayudar al manejo de la situación. Además de establecer una sólida alianza terapéutica que dote de seguridad al paciente, el modificador ha de diseñar una jerarquía adecuada, que facilite la consecución de los objetivos, pues lo conveniente es que se logre siempre el objetivo cuando el sujeto se someta a la exposición; debe también ser un modelo de actuación, exhibiendo las reacciones y verbalizaciones pertinentes para que el paciente las pueda imitar en el momento de ansiedad, en especial cuando el modificador no vaya a estar presente.

Si recurre al humor para quitar transcendencia a los momentos difíciles, será siempre cuidadoso para no resultar irónico y se servirá de este recurso solo si puede servir y es apreciado por el paciente.

Debe también "tirar del paciente" en las exposiciones, en el sentido de adelantarse y no esperar siempre a que este "se sienta capaz" o "ya esté seguro", pues entonces es probable que se retrase considerablemente el procedimiento. En suma, debe animarle a enfrentarse, ir algunos pasos por delante y ser capaz de ver en qué momento, y aunque el paciente dude, ya puede enfrentarse a una nueva situación ansiógena porque hay garantías de que la superará. Un momento especialmente difícil se produce cuando el paciente no puede contenerse y escapa de la situación. Lógicamente, el modificador no debe obligarle a la fuerza a volver a la exposición, pero debe

hacer todo lo que esté en su mano para conseguir que regrese por su cuenta. Puede dejarle descansar dos o tres minutos, y luego, "tomar aire" con él y acompañarle de nuevo a la situación. Si, en cualquier caso, el paciente desbordado no se siente capaz, le tranquilizará y diseñará un ítem intermedio que no le atemorice tanto y lo afrontarán antes de que pase mucho tiempo.

Por último, es importante que el modificador esté atento a las posibles "conductas de seguridad" contraproducentes que el paciente puede exhibir durante la exposición. Así, por ejemplo, la distracción prolongada con música o lectura o juegos con el móvil o recreándose en una fantasía, o bien el hecho de exponerse solo si cuenta con amuletos, medicación, alcohol, botellas de agua, etc., puede retrasar el proceso y tomarlo menos eficaz, por todo ello, si no de golpe, se deben retirar gradualmente.

21.3. Variantes de la exposición

La exposición puede variar, fundamentalmente, en cuanto a la forma de presentar los estímulos (en vivo o simbólicamente), en cuanto a su intensidad (más o menos graduada) o en cuanto a su formato de aplicación (auto-aplicado, en terapia individual o en terapia grupal). De todos ellos dependen los resultados del procedimiento.

21.3.1. Exposición en vivo y exposición simbólica

La exposición en vivo cuenta, en general, con algunas ventajas sobre la exposición en imaginación, pues resulta más fácil de generalizar y su proximidad a la situación real temida es mucho más evidente, especialmente si el sujeto en tratamiento carece de una imaginación lo bastante viva o no responde emocionalmente a esta. Además, la jerarquía suele resultar más sencilla de elaborar. Por otro lado, los estudios con muestras clínicas han demostrado su eficacia en el tratamiento de las fobias simples, la agorafobia y los trastornos obsesivo-compulsivos, en particular cuando las compulsiones manifiestas son el problema fundamental.

Sin embargo, los sujetos con un cuadro obsesivo "puro" en el que no se

encuentran compulsiones patentes requerirán una exposición en imaginación. También constituye una opción aconsejable en los casos del miedo a volar o el miedo a las tormentas, en los que es tan difícil regular la exposición en vivo. Así mismo, la exposición a eventos traumáticos del pasado (como en el trastorno por estrés postraumático) debe llevarse a cabo por medio de la imaginación.

Por otro lado, pueden intercalarse exposiciones simbólicas enriquecidas; esto es, exhibiendo al sujeto imágenes, sonidos, películas, muñecos (por ejemplo, una serpiente o una araña de plástico) previamente a una exposición en vivo.

A caballo entre la exposición en vivo y la simbólica, la realidad virtual puede funcionar bien en el inicio del tratamiento en cosas como el miedo a ciertos animales, igual que en los casos de agorafobia en los que no se cuenta con un coterapeuta que pueda prevenir las conductas de escape. No obstante, en ambas circunstancias es siempre aconsejable continuar el tratamiento con la exposición en vivo. Como se puede comprobar en todas estas alternativas, la exposición simbólica y en vivo no se contraponen, sino que la primera puede entenderse muchas veces como un camino previo para la segunda, en particular cuando el sujeto no se atreve a acometer de entrada la exposición en vivo.

21.3.2. Exposición gradual versus no gradual y masiva versus espaciada

Con la exposición no gradual, sino aplicada desde el principio con niveles muy altos de ansiedad (denominada inundación), se obtienen buenos rendimientos en el tratamiento de determinados cuadros obsesivo-compulsivos; y, en este formato, se mejora rápidamente. En este procedimiento cabe también una mínima graduación (se pueden determinar 3-4 situaciones ansiógenas para ser afrontadas progresivamente). Como los niveles de ansiedad son tan intensos (pudiendo provocar incluso un ataque de pánico, lo que no conviene en absoluto), debe quedar garantizado que la persona no emite las conductas de escape. Es probable, además, que en esta modalidad el tiempo de exposición se prolongue considerablemente. Así, por

ejemplo, en una persona con un trastorno obsesivo-compulsivo de limpieza de manos, la compulsión a lavarse las manos después de haber tocado algo "contaminado" puede mantenerse durante cuatro o cinco horas y solo tras este tiempo disminuir. Con todo, las exposiciones muy graduadas poseerán siempre la ventaja de una mayor sensación de control y autoeficacia, disminuirán la probabilidad de abandono y acarrearán, en general, un menor nivel de malestar.

La implosión es una técnica en la que también se expone al sujeto al máximo nivel de ansiedad, pero de manera imaginada. Consiste en recrear mentalmente la situación más temida - normalmente, algo exagerado-, de forma que, con su repetición, se favorezca la disminución de ese miedo. Por ejemplo, un sujeto que teme enfermar imagina un largo proceso en el que contrae el VIH, acaba desarrollando el sida y muere en el hospital entre horribles sufrimientos. Hoy, no obstante, la técnica de implosión ha perdido predicamento entre los clínicos conductuales.

Además de prolongarse el tiempo justo para que bajen los niveles de ansiedad, también se aconseja que el espaciamiento entre sesiones sea mínimo. No obstante, según avance el procedimiento y se haya logrado ya un buen control ante las situaciones temidas, sí deben espaciarse las sesiones a fin de favorecer la prevención de recaídas. De este modo, por ejemplo, para un programa de 22 sesiones de exposición, una pauta acertada (siempre que el ritmo de avance sea el previsto) podría ser: 12 sesiones durante 12 días consecutivos, las 5 siguientes en días alternos, y las 5 últimas dejando intervalos de tres o más días entre ellas.

21.3.3. Exposición autoaplicada, individual y grupal

Además de la modalidad en terapia individual que hasta ahora se ha expuesto, también cabe desarrollar intervenciones en que el paciente sea su propio modificador de conducta. Apoyado por manuales sencillos y guías, y con sesiones aclaratorias y de planificación en consulta, es posible promover tratamientos eficaces en esta modalidad, en especial cuando se puede implicar a algún amigo o familiar en la intervención. Las autoaplicaciones en

trastornos como la agorafobia han tenido bastante buenos resultados, según señala la bibliografía, probablemente porque la atribución de la mejoría al propio esfuerzo y motivación supone un aliciente importante para el tratamiento.

El método de aplicación grupal permite ahorrar coste y tiempo, siempre que los participantes compartan rasgos comunes en su problema de ansiedad. Además, muchas veces estimula y enriquece a los pacientes, pues se sienten así más comprendidos al comprobar que a otras personas les pasa lo mismo. Igualmente, también se benefician de las experiencias de los demás. En general estas sesiones siguen un programa bien estructurado, con fases psicoeducacionales, entrenamiento en estrategias cognitivas (particularmente, autoinstrucciones) o fisiológicas (relajación) y exposiciones graduales. En cuadros como la fobia social, el contexto de grupo - aunque amenazante en principio - puede resultar idóneo para la exposición a las situaciones temidas.

21.4. Ejemplo práctico: el caso de Esperanza

Esperanza es una joven de veinticuatro años que ha desarrollado un cuadro de agorafobia. El problema empezó en un centro comercial en el que trabajaba, y con el paso del tiempo se ha ido generalizando hasta el punto de sentirse incapaz de salir de casa si no va acompañada de su madre o su pareja. Dadas las características del caso y de la gran motivación de la paciente, se decide poner en práctica la técnica de inundación.

M (Modificador): Bueno, Esperanza, ya hemos visto cómo se ha producido y se mantiene tu problema. Sabemos qué son las conductas de escape y el papel que juegan en que tu problema persista. Dado que me has comentado las ganas que tienes de poder hacer algo para mejorar, creo que podemos poner en práctica una técnica que te va a ayudar rápidamente.

E (Esperanza): ¿Y en qué consiste?

M: Como ya sabes, la ansiedad es una respuesta normal, que es imposible mantener en niveles altos mucho tiempo. Ya te he explicado

que, aunque creamos que no, en situaciones temidas el nivel de ansiedad, después de llegar a su pico máximo, disminuye. La técnica que vamos a emplear lo que hace es exponerte directamente a esas situaciones que temes para que vivas y experimentes toda la curva de ansiedad, sin escaparte, y veas por ti misma cómo la ansiedad desaparece.

E: Uf.... No suena muy halagüeño.

M: Sé que puede asustar, pero es una técnica muy conveniente en tu caso. Además, yo estaré contigo en estas situaciones, para motivarte y para acompañarte.

E: Y ¿cuánto tiempo voy a tener que estar en la situación?

M: El que haga falta, hasta que el nivel de ansiedad baje. Aunque normalmente suele ser entre hora y media y dos horas, pero ya te digo que puede ser más.

E: ¿Tanto? En fin... ¿Puede estar mi pareja también?

M: Podría estar, pero en tu caso creo que es mejor que no, ya que tanto él como tu madre te sirven de vía de salida. Si ellos están, no te vas a centrar en la ansiedad, y eso precisamente es lo que tienes que hacer. Tienes que prestarle atención a lo que experimentas, fijarte en ello.

E: Pero... lo voy a pasar mal.

M: Lo vas a pasar mal... pero al principio. Nunca te has quedado hasta el final, no sabes cómo termina la película. La ansiedad baja, ya lo verás.

E: Bueno... Pero ¿vamos a ir directamente al centro comercial?

M: No, vamos a hacer una pequeña escala jerárquica de tres o cuatro situaciones, con niveles altos de ansiedad, pero de menor a mayor. Quiero que me digas las cuatro situaciones que te provoquen mayor ansiedad.

E: Pues estar en un centro comercial lleno de gente y sola, sin poder salir. Estar en un ascensor, con gente. Y en el cine, haciendo cola para comprar las entradas. Creo que son las cosas que más nerviosa me ponen.

M: Vale, ¿se te ocurren algunas más?

E: No, ahora mismo no.

M: ¿Son las situaciones que más temes?

E: Sí, son siempre las primeras que se me vienen a la mente.

M: De acuerdo. Ahora, ordénalas de menor a mayor ansiedad.

E: La que menos, el ascensor. En segundo lugar, el cine; y, por último, el centro comercial lleno de gente.

M: Muy bien. Pues la próxima sesión empezamos. Recuerda que tenemos que repetir la exposición a la situación todos los días, ¿verdad? Hasta que ya no te produzca ansiedad. Y debes contar con al menos dos horas por día, pero mejor que dejes alguna más por delante. ¿Cuándo puedes disponer de dos horas diarias? ¿La semana que viene te parece bien?

E: No, la semana que viene no creo. ¿Mejor la siguiente semana?

M: Muy bien. Pues dentro de dos semanas entonces.

E: Pero, ¿cómo vamos a estar dos horas dentro de un ascensor?

M: Pues estando. Estaremos, seguramente, todo el rato subiendo y bajando, pero no podremos salir. Eso es lo que tenemos que hacer.

E: Está bien...

[Pasan las dos semanas.]

M: Bueno, Esperanza, ¿estás lista?

E: Te mentiría si te dijera que sí.

M: Yo voy a estar contigo acompañándote, y ya sabes que al final la ansiedad terminará disminuyendo. Lo importante es no escaparse de la situación, lo que significa que te tienes que centrar en todo lo que estás sintiendo y experimentando, sin distraerte ni pensar en otras cosas. Para asegurarnos de esto, te iré preguntando qué estás sintiendo, ¿de acuerdo?

E: ¡Buf...!, pero ¿seguro que bajará la ansiedad?

M: Te lo prometo, puede tardar un poco más o un poco menos, pero siempre baja. Vamos a entrar ya en el ascensor.

[Entran. Esperanza está muy callada, respirando fuerte, pegada a la pared].

M: ¿Qué ansiedad tienes ahora, Esperanza, de 0 a 10?

E: 10, 10, ¡11!

M: Muy bien. Dime, ¿qué sensaciones estás teniendo?

E: Pues... Pues... Mucho miedo. Pánico. Me ahogo. Me estoy poniendo cada vez peor... Me duele mucho la cabeza.

M: Muy bien. Sigue así. Aquí estoy yo. ¿Te acuerdas de lo que te he dicho que va a pasar?

E: Dijiste que bajaría la ansiedad, pero yo veo que aún aumenta. No sé cómo puedo aguantar.

M: Muy bien. Sí, bajará, pero aún ha pasado poco tiempo. Lo importante es que estás aquí, que no te escapas, y que me estás hablando. ¿Cómo qué ansiedad tienes ahora?

E: Bueno, uf... no creas, entre 10 y 10, bueno 9 y 10.

M: Muy bien. Dime cosas del ascensor donde estamos.

E: ¿Del ascensor?

M: Sí.

E: Bueno, pues que es del típico gris metal, con los números digitales, en rojo, que... [Sigue la descripción.]

M: ¿Cómo estás ahora, Esperanza? ¿Qué nivel tendrías?

E: No sé, quizás 8.

M: Muy bien, ya has bajado un par de puntos y solo llevamos diez minutos.

[Sigue la conversación. Para una hora y tres cuartos.]

M: Esperanza, ya llevas veinte minutos con una ansiedad de entre 1 y 2.

E: Sí, porque parece que se va a ir del todo, pero luego noto como un piquito, no sé, una duda.

M: Es completamente normal. ¿Estás cansada?

E: Agotada, de verdad, y aburrida de este ascensor.

M: Muy bien. Por hoy hemos terminado. Has estado fantástica. Dime, ¿qué ha pasado?

E: Pues sí, que al principio estaba atacadísima, pero luego ya ha ido bajando la ansiedad. Y que, aunque me siento rara, sé que no estoy ansiosa, aunque sí muy cansada.

M: Perfecto. Salimos ya. Mañana seguimos con la segunda exposición.

Como sabes aún nos quedan muchas repeticiones.

22

Inoculación de estrés y otras técnicas de afrontamiento

Las técnicas de afrontamiento - o técnicas de coping, por su denominación en inglés - parten del supuesto de que algunos de los problemas que experimentan las personas guardan relación con la falta de desarrollo de determinadas habilidades necesarias para reaccionar bien ante dificultades afectivas y emocionales. No se trata tanto de distorsiones a la hora de percibir las situaciones o de ideas irracionales que interfieran en la buena ejecución social o personal, sino, más bien, de una carencia en el aprendizaje o en la puesta en práctica de estrategias cognitivas o comportamentales que ayudan a autorregularse, calmarse, organizarse, tomar decisiones cabales o motivarse cuando surge una situación comprometida.

En realidad, esta descripción aglutina no solo a los procedimientos que se incluyen en este capítulo, sino también a métodos como las autoinstrucciones o la terapia de solución de problemas sociales, que se presentarán posteriormente. Sin embargo, ha sido la inoculación de estrés la técnica que más estrechamente se ha reconocido asociada a las técnicas de afrontamiento.

Además de lo dicho, la idea del coping se centra en el aprendizaje de habilidades directamente relacionadas con el afrontamiento de un tipo de situaciones: las que generan ansiedad, y en las que el sujeto debe asumir un papel más activo para decidir qué hace ante la aparición del estímulo amenazante (ya sea interno o externo) y cuándo lo debe hacer. Por tanto, la clave de la terapia radica en que, aunque el modificador participe como instructor competente con sus técnicas, es la persona misma quien toma

decisiones sobre su pertinencia en cada momento, lo que favorece el desarrollo de un sentimiento de eficacia ante situaciones problemáticas reales y ganar control sobre reacciones vitales que se tenían por incontrolables.

22.1. Qué es la inoculación de estrés

La inoculación de estrés es un acercamiento terapéutico en el que se integran, en una secuencia predeterminada, un conjunto de técnicas destinadas al manejo de situaciones estresantes. Fue desarrollada a partir de los años setenta por el psicólogo canadiense Donald Meichenbaum como un procedimiento de intervención psicológica de amplio espectro, conformado por técnicas que habían demostrado ya su utilidad en el tratamiento de problemas de ansiedad. Lo novedoso del método radicaba en la secuencia planteada, que, por un lado, organizaba el aprendizaje de las técnicas y maximizaba su uso adecuado, y, por otro, concedía un papel mucho más activo - tanto en la elección como en la puesta en práctica de estos recursos - a la persona aquejada de problemas de ansiedad.

La idea básica de la inoculación de estrés - en analogía con la inoculación de la vacunación para desarrollar la inmunización - consiste en llevar a cabo una preparación personal por medio del ensayo de respuestas ante situaciones ansiógenas de baja intensidad de forma que se pueda dar luego una adaptada en el momento de aparición de la situación estresante real y de alta intensidad. Esta preparación consta de dos componentes básicos: uno orientado a disminuir la activación fisiológica y otro al manejo de los pensamientos catastrofistas que surgen habitualmente en una situación de ansiedad. De acuerdo con la investigación previa, tanto la desactivación fisiológica (por ejemplo, con técnicas de relajación) como el entrenamiento en la generación de pensamientos más realistas y que facilitan una interpretación de la situación como no amenazante, peligrosa o injustificada (por ejemplo, con alguna forma de reestructuración cognitiva) favorecían la emisión de respuestas adecuadas y el afrontar con éxito las situaciones de tensión emocional. Por tanto, el entrenamiento previo dotaría de unos recursos (antes inexistentes) que prevendrían el desbordamiento emocional al sentir ahora la persona que cuenta con métodos para hacer frente a la

situación de dolor o angustia y salir airoso de ella.

Tras su aparición, el número de técnicas integradas en los paquetes de entrenamiento en inoculación de estrés fue aumentando de forma progresiva, de modo que tanto su modelo explicativo como sus campos de aplicación se han ampliado y, a día de hoy, puede tenerse por una modalidad de intervención útil para dotar a los sujetos de recursos para abordar muy distintas situaciones, y entenderse tanto de forma preventiva ante estresores agudos de tiempo limitado (por ejemplo, una exploración médica), como ante secuencias vitales de estrés (por ejemplo, una separación matrimonial), situaciones de intermitencia crónica (un tratamiento médico que debe repetirse periódicamente, como una diálisis) o situaciones de estrés continuado (por ejemplo, trabajo en un departamento que recoge quejas de usuarios).

Aunque los pasos o fases que integran el entrenamiento están pautados con claridad (fase de conceptualización o educativa, fase de ensayo y fase de aplicación de la inoculación) y las técnicas que la componen están predeterminadas, eso no quiere decir que no se acomoden a cada caso; antes bien, ese ajuste a cada paciente es imprescindible y en la elección de las técnicas y en la manera de entrenar y llevar a la práctica la inoculación caben grandes diferencias entre una persona y otra.

22.2. Puesta en práctica de la inoculación de estrés

Cada una de las fases de la inoculación de estrés implica distintas habilidades y estrategias que deben ponerse en marcha. A la hora de enseñarlas, el modificador debe adoptar un estilo didáctico y, sobre todo, práctico. A continuación, se presentan en detalle las distintas fases y sus componentes, y se exponen también los objetivos de aprendizaje que se esperan en cada una de estas.

22.2.1. Fase de conceptualización (o fase educativa)

Una vez juzgada la utilidad de la inoculación de estrés para los problemas

que presenta el sujeto, el modificador de conducta empezará el entrenamiento en la técnica estudiando pormenorizadamente el tipo de respuestas que exhibe el paciente ante las circunstancias estresantes y le proporcionará información sobre la forma en que, en esas situaciones, intervienen pensamientos (autoverbalizaciones, imágenes), conductas manifiestas (respuestas o acciones inadaptadas) y patrones cognitivos más generales (expectativas, ideas predeterminadas). Para detectar mejor el curso de todos estos factores, prescribirá la realización de autorregistros en los cuales se reflejarán estos componentes. E ilustrará, gracias a ellos, los estímulos y las respuestas antecedentes cognitivas de su estrés.

Así mismo, el modificador describirá el trabajo que se llevará a cabo para aprender a manejar mejor las reacciones fisiológicas, cambiar sus verbalizaciones e imágenes, modificar su conducta y sus esquemas cognitivos.

Dado que se pretende - al final del entrenamiento - promover un funcionamiento autónomo por parte del sujeto, durante esta fase y las siguientes el modificador se esforzará por que la propia persona tratada describa su problema de forma concreta y específica, aludiendo a los conceptos presentados aquí (pensamientos, respuestas, patrones, déficit de habilidades, etc.) y, en consecuencia, gane destreza para autoobservarla, registrarla y analizarla. El paciente debe aprender a desechar creencias comunes equivocadas sobre la inevitabilidad de ciertas reacciones, el peligro del estrés en la vida o la imposibilidad de cambiar su vida.

22.2.2. Fase de adquisición y ensayo de habilidades

Esta fase se centra en el aprendizaje y entrenamiento en las habilidades necesarias para trabajar con el estrés. En primer lugar, a través de un diálogo cooperativo, terapeuta y paciente tratarán de precisar cuál es el estilo idóneo para afrontar la situación a la que hay que enfrentarse, cuáles de las estrategias posibles (paliativas, instrumentales, de evitación, de minimización, etc.) son las más aconsejables, y cómo va a programarse su adquisición y ensayo. En estas decisiones se partirá del análisis realizado en

la fase de conceptualización, en las características personales del sujeto y en los factores ambientales y de apoyo social que puedan jugar un papel relevante.

Las estrategias que se pueden entrenar se clasifican en: cognitivas, de control de la actividad emocional, conductuales y de afrontamiento paliativo.

A) Estrategias cognitivas

Teniendo en cuenta el modelo propuesto por la inoculación de estrés, según el cual la reacción emocional se explica esencialmente por factores cognitivos, es lógico que las estrategias cognitivas sean las primeras en adquirirse y ensayarse.

Las estrategias cognitivas propuestas dentro de este apartado son:

- La técnica de solución de problemas, que se concibe no tanto como la aplicación del modelo de Goldfried y D'Zurilla, sino como un correcto manejo de autoinstrucciones con cuatro pasos: 1) contemplar la situación estresante como un problema que resolver; 2) determinar cuáles son los requisitos necesarios para acometer el problema; 3) subdividir la situación estresante en unidades más pequeñas y controlables; 4) establecer un plan de acción de acuerdo con el objetivo.
- Entrenamiento en autorrefuerzo. Además de las autoinstrucciones, el paciente debe autorreforzarse por sus avances en línea con el afrontamiento que está llevando a cabo. Esta manera de reforzarse se hará también con autoinstrucciones positivas que recalquen la autoeficacia y competencia al abordar la situación.
- Reestructuración cognitiva. Se recurre aquí a las aportaciones de los modelos de reestructuración cognitiva (de Beck y Ellis) y, en particular, a las estrategias de análisis de las evidencias y los experimentos conductuales para identificar pensamientos automáticos y contrarrestarlos con otros realistas alternativos. Junto con ellas, se

enfatisa el uso de autoinstrucciones que Meichenbaum diseñara y que se emplea en los momentos de afrontar la situación ansiógena: 1) preparación para enfrentarse al estresor (lo que el sujeto debe decirse antes de enfrentarse); 2) confrontación con el estresor (atender a la situación, tratar de discriminar las sensaciones de ansiedad, etc.); 3) afrontar la situación de estrés y posible pérdida de control (buscando el estar centrado en el presente, aceptando lo que hay, esperando a que pase, ver cómo se va modificando, etc.), y 4) evaluación de resultados (valorar lo que ha servido y lo que no, con qué elementos se ha solucionado el problema, etc.). La elección del tipo de autoinstrucciones en cada ocasión depende del sujeto y debe incluir las verbalizaciones que más le hubiera ayudado oír en cada una de esas circunstancias.

B) Estrategias de control de la activación

Se enseñan las técnicas de respiración abdominal y relajación que más favorecen el control de la activación fisiológica y de la tensión muscular. El uso de estas técnicas debe tener en cuenta la actividad a la que se enfrenta el sujeto, de forma que se acomoden a las exigencias situacionales (así, por ejemplo, si el estresor se da en el transcurso de las clases que debe dar un profesor, la técnica de relajación debe permitirle continuar impartiendo la clase).

C) Estrategias conductuales

De acuerdo con el problema, podrán emplearse técnicas conductuales como la exposición (en vivo o simbólica), modelado y entrenamiento en habilidades sociales, reforzamiento positivo, ejercicios físicos, programación de hábitos, etc.

D) Estrategias de afrontamiento paliativo

Estas estrategias se ensayan y ponen en práctica cuando el dolor o la situación aversiva no se pueden evitar y queda como única alternativa mitigar o modular el malestar. Esto incluye situaciones como haber sido víctima de

una violación o un atentado terrorista, un secuestro, etc.; también en el caso de situaciones de dolor causado por una enfermedad crónica o exploraciones médicas inevitables y periódicas; o para aquellos sujetos que se ven expuestos permanentemente a riesgos (equipos de intervención en catástrofes y emergencias, bomberos, policías, etc.). Para todos estos casos se proponen estas técnicas:

- Toma de perspectiva. Cuando se magnifica el efecto negativo del estresor puede recurrirse a una toma de perspectiva que ayude a notar cómo el malestar va cambiando (no siempre sigue igual), puede relativizarse, etc.
- Contacto con personas en situación similar. Si se sabe que le ofrecerán apoyo, consuelo, orientación, etc.
- Desviación de la atención. En determinados momentos y para no mantener permanentemente el foco sobre el estresor se aconseja distraerse con la televisión, juegos, lecturas, hablar con alguien, fantasear sobre actividades entretenidas, etc.
- Apoyo social. Si no cuenta ya con una red social, podrá promoverse gracias al entrenamiento de habilidades sociales y a la búsqueda de nuevos contactos por distintos medios.
- Expresión adecuada de afectos. Para aquellos pacientes que controlan en exceso sus emociones o, en el otro extremo, se desbordan fácilmente al hablar de ellas, se ensayará una modulación más ajustada de esa expresividad.

22.2.3. Fase de aplicación de la inoculación

En la última fase del proceso de inoculación se pondrán en práctica las técnicas en las distintas situaciones reales, se comprobará su correcto manejo y su funcionamiento, se modificarán aquellos detalles que sea necesario para el máximo ajuste y se buscará la generalización y consolidación de las

estrategias adquiridas.

Para que el proceso se desenvuelva con mayores garantías, los autores de la técnica señalan que debe prepararse la aplicación a la situación real poco a poco. Puede recurrirse en primer lugar a ensayos imaginados y graduar la exposición para que la persona logre siempre una actuación competente y mejore su autoconfianza.

El trabajo de generalización también se procurará dirigir progresivamente. Para esto, en primer lugar, se favorecerán unas atribuciones correctas (achacándose al paciente mismo la eficacia y la capacidad para enfrentarse a la situación). Y, posteriormente, se espaciarán las sesiones, se procurará contar con otras personas que puedan contribuir al mantenimiento y, si hay ocasión, se animará al sujeto a que enseñe sus técnicas a otras personas con dificultades semejantes.

22.3. Campos de aplicación y eficacia de la inoculación de estrés

Aunque las primeras aplicaciones de la inoculación de estrés se dirigieron hacia el control de los ataques de pánico y al manejo de la ira, hoy en día también ha demostrado su eficacia en muchos otros trastornos, especialmente en los problemas de dolor causados por enfermedades crónicas, la ansiedad ante exámenes o al hablar en público, y también ante exploraciones médicas agresivas. Así mismo, varios trastornos de ansiedad, como el trastorno por ansiedad generalizada, el de estrés postraumático o las fobias específicas se han abordado con este enfoque y buenos resultados.

Por otro lado, con las adaptaciones pertinentes, la técnica se ha revelado provechosa tanto en el tratamiento de niños como en el de adolescentes y personas con distintos tipos de discapacidad; y tanto en formatos individuales como grupales.

Con todo, al tratarse de una técnica compleja y polifacética, que incorpora procedimientos que se han mostrado eficaces por sí solos, resulta difícil discriminar cuáles son sus componentes más ventajosos y determinar qué

partes de la intervención bastarían para conseguir los objetivos terapéuticos.

22.4. Otras técnicas de afrontamiento

Además de la inoculación de estrés, se consideran también técnicas de coping la Desensibilización como técnica de control o el Modelado participante, que ya se describieron en los capítulos 20 y 10, respectivamente. Otra estrategia también de esta modalidad es el entrenamiento en el manejo de la ansiedad que se describe a continuación.

22.4.1. Entrenamiento en el manejo de ansiedad

Básicamente, el entrenamiento en el manejo de ansiedad es un procedimiento para contrarrestar el estrés característico de la ansiedad generalizada y se basa en el aprendizaje de métodos versátiles para disminuir la tensión. La técnica puede ponerse en práctica en situaciones diferentes a las ensayadas en un entrenamiento, lo que probablemente constituye su mayor aportación. El procedimiento fue diseñado por Suinn y Richardson a partir de la teoría del impulso sobre la ansiedad, y parte de la evidencia de que no siempre se puede distinguir el estímulo que genera la ansiedad. Con frecuencia la ansiedad aparece bruscamente o está condicionada a muchas situaciones, por lo que no es fácil determinar sus desencadenantes.

En estos casos, puede seguirse la secuencia recomendada en esta técnica:

- 1) en primer lugar, se enseñan al sujeto procedimientos generales para disminuir la ansiedad y la activación (en particular, se recurre a la relajación);
- 2) en segundo lugar, se inducen en sesión estados de ansiedad (por ejemplo, con la realización de ejercicios interocentivos, la toma de alguna bebida activante, el pitido continuo de una alarma, etc.) y el sujeto pone en práctica las estrategias ensayadas que se oponen a la ansiedad;
- 3) en tercer lugar, una vez manejada bien en sesión la técnica tras varios ensayos comienza a introducirse en el medio natural, de forma que se generalice la adquisición.

En resumen, el entrenamiento en el manejo de ansiedad consiste en generar un estado de ansiedad artificial, lo más parecido posible al de la

situación real, y aprender a contrarrestarlo con las técnicas ensayadas previamente en consulta para, finalmente, poder servirse de este método en la situación donde realmente se produce la tensión. Este entrenamiento facilita también la detección de señales tempranas de ansiedad y desarrolla notablemente la autoconfianza.

22.5. Ejemplo aplicado: el caso de Irina

Irina es una mujer de treinta y seis años que, por motivos médicos, debe someterse a un seguimiento anual con pruebas de resonancia magnética. Esta situación le produce gran ansiedad, incluso desde cuatro meses antes de la prueba médica. En la última ocasión, Irina no aguantó y, antes de introducirse en el cilindro de la resonancia, abandonó la sala de espera. A fin de que esta situación no vuelva a repetirse y dada la necesidad de que los controles médicos se sigan llevando a cabo con la regularidad prevista, se propone un tratamiento con la técnica de inoculación de estrés.

M (Modificador): Bueno, Irina, en las sesiones anteriores hemos visto qué es el proceso de estrés, la ansiedad y la relación con los pensamientos que uno tiene, y también las conductas de escape y evitación que presentas. Hemos llegado a la conclusión de que ellas son las que perpetúan el problema. ¿Tienes alguna duda de todo lo que hemos hablado?

1 (Irina): No, me parece que lo he cogido todo. Me lo has explicado bien.

M: Ya sabes que para cualquier duda que te surja, aquí me tienes. A partir de ahora lo que vamos a hacer es empezar a trabajar para que tú misma regules y manejes la ansiedad y el estrés que te producen las pruebas médicas y para que tú sola veas cuándo viene bien poner en práctica lo que aprendas. Una de las técnicas que vamos a utilizar en el tratamiento es la relajación, que ya estás trabajando. ¿Qué tal esta semana?

1: Bien, ya consigo relajarme en casa; aunque me cuesta todavía poder

relajarme en otros lugares, por eso veo difícil llegar a hacerlo en el tubo de la resonancia.

M: Es normal, llevamos pocas semanas, y dominar la relajación necesita su tiempo. De todas formas vas muy bien, y si sigues practicando todos los días como hasta ahora conseguirás relajarte en cualquier situación muy pronto.

1: Eso espero.

M: Ya verás que sí. Bueno, hoy vamos a empezar con el autorregistro de los pensamientos. Ya conoces la relación entre situación, pensamiento y emoción, y vamos a empezar a trabajar esta parte. Como puedes ver, cada vez que estás ante una situación que te recuerda al médico, y sobre todo a la resonancia magnética, los pensamientos que te pasan por la cabeza te generan ansiedad. ¿Ves alguna cosa común entre estos pensamientos?

L Pues, la verdad es que no...

M: Aunque los pensamientos son distintos, todos tienen la misma característica. En cuanto estás en una situación relacionada con el médico, tus pensamientos van en la dirección de anticipar lo mal que lo vas a pasar en la prueba y lo malo que va a ser enfrentarse a ello. En suma, que lo que haces con estos pensamientos es adelantarte al posible daño o tu angustia, y exagerar las consecuencias, lo que evidentemente, te produce ansiedad. ¿Lo ves?

1: Pero es que me salen solos, y es lo que va a pasar...

M: Efectivamente, sabemos que estos pensamientos funcionan automáticamente, pero ahora que eres capaz de detectarlos puedes cambiarlos. Y eso de que es lo que va a pasar... Irina, ¿cómo sabes que lo vas a pasar mal en las pruebas médicas?

1: Pues porque me acuerdo de las veces anteriores.

M: Pero ¿porque algo haya pasado en el pasado ya hace que, inevitablemente, se vuelva a repetir en el futuro? ¿No puede ser de otro modo?

1: No... no sé.

M: Cómo puedes ver, lo que estamos haciendo ahora es cuestionar esos pensamientos, para poder cambiarlos. Sigamos con el ejemplo que has puesto en el autorregistro y que es el más importante, "me voy a asfixiar en la resonancia". ¿Si aprendes a relajarte y a decirte otras cosas piensas que esto puede cambiar?

1: Me figuro que sí...

[Sigue el cuestionamiento.]

M: Bueno, Irina, con el trabajo que hemos estado realizando con los pensamientos, y también con la relajación, tu ansiedad antes de la prueba se ha reducido. Me comentas que ahora estás mejor, más tranquila.

1: Sí, a lo mejor ahora soy capaz de manejarlos mejor.

M: Muy bien. Ahora el siguiente paso es empezar a trabajar la situación concreta. Es decir, cómo afrontar el tema de estar en el hospital para hacerte la resonancia magnética. Ya sabes cómo reducir la activación fisiológica y cómo modificar los pensamientos; ahora vamos a trabajar qué podemos hacer cuando estés justo en esa situación estresante y experimentando ansiedad.

1: Pero lo que he aprendido me ayudará a manejar la ansiedad entonces, ¿no?

M: Sí, por supuesto. Y lo que vamos a hacer ahora es ensayar la situación para darte seguridad y que tengas más claro qué hacer en esa situación, y cómo puedes hacerlo.

1: Vale... Sí, mejor algo de preparación, falta me hace.

M: Ahora cierra los ojos. Imagínate en la sala de espera. Empiezas a sentir los primeros síntomas de ansiedad, dime, ¿qué piensas?, ¿qué haces?

1: Pues identifico el pensamiento que he tenido, y lo modifico por otro más racional...

M: Muy bien, pero vamos a ser más concretos. Vamos a escribir instrucciones que te puedas ir diciendo para esa situación. ¿Qué te dirías en ese momento?

1: Pues... algo así como: "son los primeros síntomas de la ansiedad, son normales, mi cuerpo se ha activado. ¿Qué he pensado para ponerme así?".

M: Excelente. Identificas el pensamiento y lo modificas. Cuando entras a ponerte el camión del hospital, la ansiedad vuelve, esta vez más intensamente. ¿Qué haces?

L Pues me digo que vuelve a ser ansiedad, identifico otra vez los pensamientos y los sustituyo, y pongo en práctica la relajación.

M: Muy bien. Estupendo. Ahora cierra los ojos e imagina que estás ya dentro del tubo de la resonancia magnética. Sabes que no puedes salir, y solo llevas diez minutos dentro, por lo que todavía te queda mucho tiempo. En estos momentos empiezas a experimentar niveles muy altos de ansiedad, y tienes muchas ganas de salir de ahí. ¿Qué haces?

1: Entonces pongo en práctica la respiración abdominal, y me digo que "es ansiedad, no me voy a morir ni asfixiar aquí dentro. La ansiedad pasará, es un rato desagradable, pero luego me sentiré bien por haber podido hacerlo".

M: Muy bien. Todo lo que has dicho lo he ido apuntando en esta hoja. Son tus instrucciones para afrontar la situación. Quiero que en casa practiques y escribas más cosas que te puedas decir a ti misma en esos

momentos, que te ayuden a experimentar la situación. Las frases deben ser tuyas, parecidas a las que hemos dicho aquí, y que realmente te las creas y te sirvan. Y cuando practiques en casa, quiero que te imagines en la situación, y te digas las instrucciones; pero no leyéndolas de cualquier modo. Tienes que leerlas despacio, pensando bien en ellas y creértelas, ¿de acuerdo?

1: Sí, lo haré esta semana.

[Pasa una semana.]

M: ¿Qué tal, Irina?

1: Diría que bien. He practicado mucho. Qué remedio, pues ya faltan solo dos semanas para la prueba.

M: Estás haciéndolo estupendamente. Tenemos tiempo en estas dos semanas para consolidar lo que llevas aprendido practicando imaginariamente aún más.

[Pasan dos semanas. Irina está en el hospital para su revisión.]

1: (En la sala de espera. Hablando para sí misma). Muy bien. Ya estamos aquí. Esta vez todo va a salir bien porque me he preparado. Sé relajarme, sé decirme cosas reales y que me ayudan. Cuando me ponga la bata para la exploración voy a alterarme un poco, pero no es más que una reacción lógica de ansiedad, hace más frío solo con la bata. Es normal. Estoy diciéndome cosas que me ayudan y son verdad. Ya me llaman para pasar. (Dentro del aparato de resonancia). Ahora a relajarse, a respirar despacio. Eso es, así. Venga, me repito: "solo es ansiedad, no me voy a morir ni asfixiar aquí dentro. La ansiedad pasará, es un rato desagradable, pero luego me sentiré bien por haber podido hacerlo". Estoy a punto de conseguirlo. ¡Qué distinto de la última vez! Si al final va a ser fácil. Venga, a respirar un poco más. En un rato se termina. "Es desagradable, pero llevadero". Cuando salga directamente voy a llamar a M. para decirle

lo bien que lo he hecho.

PARTE V

Técnicas cognitivas
y terapias conductuales
de tercera generación

23

Parada de pensamiento

La idea de que detener o desembarazarse para siempre de ciertos pensamientos le permitiría a uno superar muchos problemas vitales es, probablemente, tan antigua como la humanidad. Y, qué duda cabe, continúa hoy en día constituyendo el anhelo de muchas personas. La mujer de un marido que le fue infiel desearía no recordar más esa traición que ella le perdonó hace ya tiempo; el subordinado, olvidar de una vez el comentario desagradable que le hizo su jefe; el conductor, dejar de pensar en el grave accidente que le obligó a guardar reposo durante tres meses. Pero, generalmente, parece evidente que librarse de un recuerdo desagradable, que vuelve una y otra vez, no es fácil para todos; como tampoco lo es, paradójicamente, recordar a voluntad algo importante justo cuando se desea. Esta asimetría en el control del pensamiento es un motivo común de malestar y lleva a muchas personas a las consultas psicológicas. Pero, además es, probablemente, una de las razones por las que la técnica de parada de pensamiento se haya visto como un procedimiento tan prometedor por muchos modificadores de conducta y por sus pacientes.

Como técnica psicológica estructurada, la parada del pensamiento (o de detención del pensamiento, como también se la conoce) es bastante antigua. La primera descripción de una técnica con este objetivo aparece en 1928, en el libro de Bain *El control del pensamiento en la vida cotidiana*. Pero fue mucho más tarde, a finales de los cincuenta, cuando su adaptación para el tratamiento de los pensamientos obsesivos y fóbicos por parte de Joseph Wolpe - junto con otros modificadores de conducta como Rimm y Masters - propició su divulgación y puesta en práctica. Desde entonces se han multiplicado los estudios en que se analiza su efectividad en los problemas de afrontar situaciones comprometidas, depresión, ansiedad y obsesiones,

fundamentalmente. Se inicia, pues, con la descripción de la parada de pensamiento la parte de este libro destinada a los procedimientos más puramente cognitivos.

23.1. Qué es la parada de pensamiento

La parada de pensamiento es un procedimiento por el cual se procura detener una cadena de pensamientos desagradables, irreales o dolorosos, y prevenir su aparición futura. Básicamente, implica: 1) la detección temprana de pensamientos inadaptados; 2) eliminarlos por medio de un estímulo intenso, y 3) dirigir la atención hacia otros pensamientos alternativos, o acciones distractoras, a fin de prevenir la reaparición de los inadaptados.

Considerando el procedimiento seguido habitualmente, el fundamento de la eficacia de la parada de pensamiento se encuentra en el condicionamiento clásico y en los fenómenos, asociados a este, de la habituación y la desensibilización.

Por un lado, es posible que la repetición de los pensamientos inadecuados - que viene pautada por el formato de aplicación de la técnica - en un contexto seguro (en el marco de la consulta, con un especialista que vela por el bienestar, etc.) y con una sensación de control (los pensamientos se cortan y luego, a voluntad, se vuelven a recordar) facilitaría la apertura a los pensamientos desagradables (esto es, a la exposición), lo que propiciaría los procesos de habituación y de desensibilización.

Por otro lado, la repetición constante de la técnica - aparición del pensamiento y su corte posterior muchas veces - condicionaría automáticamente la desaparición de estos pensamientos por mera contingencia: si al poco de iniciarse el pensamiento se elimina una y otra vez, el pensamiento cada vez durará menos. Además, la palabra "STOP" (o la que se emplee en el procedimiento) podría funcionar, una vez repetida y repetida, como estímulo condicionado de la desaparición del pensamiento.

Además de lo dicho, dado que se introduce una actividad distractora

(cognitiva o conductual) justo después del pensamiento que se quiere eliminar, se produce un reforzamiento diferencial de conductas alternativas, lo cual sirve para reforzar la detención del pensamiento indeseable.

Por último, otro elemento que podría ayudar a la desaparición - desde un enfoque cognitivo - estriba en lo absurdo o irracional que se vuelve un pensamiento cuando se contempla detalladamente y se dice en alto. En cambio, cuando solo se "rumia", sobre todo en un nivel preconscious, el pensamiento puede cobrar mucha más influencia sobre el estado de ánimo del sujeto, a semejanza de los llamados "pensamientos automáticos" de las terapias cognitivas. Es cierto que los pensamientos inadaptados a menudo empiezan preconsciousmente y solo al cabo del tiempo el sujeto se descubre a sí mismo rumiándolos; por eso, el entrenamiento en parada de pensamiento sirve también para detectar más rápidamente este tipo de actividad encubierta. En realidad, volver consciente y contar lo que pasa por la mente suele ayudar a reestructurar cualquier tipo de pensamiento y a cuestionar mejor su lógica o racionalidad.

La parada de pensamiento está ideada para aquellos pensamientos que generan ansiedad y, además, no aportan nada o no posibilitan en modo alguno la resolución de un problema o la toma de decisiones. Por ello, un pensamiento como "qué estudios debo escoger" o "tengo que seguir mi relación sentimental con esta persona o dejarla" no deberían ser tratados a través de la parada de pensamiento. En cambio, la técnica sí es útil ante pensamientos repetitivos que no se adaptan a la realidad, que son improductivos y que generalmente producen ansiedad. Algunos ejemplos de estos pensamientos podrían ser: "Mi hijo va a tener un accidente cuando esté en el colegio"; "a pesar de las revisiones médicas creo que mi corazón no va bien"; "si me hubiese atrevido a hablar con esa chica que me crucé en el metro hace un año ahora tendría una pareja interesante"; o "¿qué me habría pasado si el coche no hubiera arrancado al pararme en ese paso a nivel?". Si, además, al sujeto le parece que tiene poco control sobre estos procesos de pensamiento y le conducen inevitablemente a un estado de ánimo ansioso o depresivo, la técnica puede ser una opción que tener en cuenta.

23.2. Aplicación de la parada de pensamiento

La parada de pensamiento casi nunca se aplica como procedimiento único; lo más corriente es integrarla en un paquete de tratamiento que también incluya técnicas de relajación o control de la activación, entrenamiento en autoinstrucciones, entrenamiento en resolución de problemas y, fundamentalmente, técnicas de exposición (en particular, de las situaciones asociadas a los pensamientos inadaptados).

El procedimiento básico sigue, de forma característica, la pauta que ahora se describe en estos pasos:

1. Identificación clara del pensamiento disfuncional: se especifican los pensamientos que se desea eliminar. Si son varios, conviene graduarlos en intensidad y comenzar por los menos perturbadores.
2. Determinar qué pensamientos o actividades cognitivas van a sustituir a los pensamientos en cuanto se detengan (por ejemplo, aplicación de las autoinstrucciones ensayadas, descripción detallada del entorno, cuentas mentales, recuerdos agradables en los que recrearse, etc.).
3. Al iniciar el proceso en sí, se pide a la persona que cierre los ojos y que se imagine una de las situaciones típicas de su vida en las que surge el pensamiento inadaptado y que empiece a contarlo en voz alta, tratando de ser muy fiel a su contenido y al proceso que realmente se da. Se le permite al sujeto sumergirse a fondo en los bucles del pensamiento y en el estado emocional asociado a este. Cuando la persona esté más enfrascada en esa actividad, repentinamente el modificador dice en voz muy alta: ¡BASTA! o ¡STOP! o ¡FUERA! y pega un golpe fuerte en la mesa o da una palmada muy sonora. Este hecho sorprende al sujeto que deja, al instante, de estar en contacto con el pensamiento inadaptado.
4. A continuación, sin más demora, se le pide que en voz alta ponga en práctica la estrategia alternativa (fijarse y describir con detalle la decoración de la consulta, por ejemplo). Y se le anima a introducirse

decididamente en esta actividad mental.

5. Se repite tres veces más en la sesión la misma pauta desde el principio (desde el punto 3) y exactamente con el mismo contenido.
6. A la cuarta ocasión, el sujeto debe hacerlo por sí mismo, sin intervención del modificador, que únicamente contemplará atento la aplicación. Es decir, el mismo sujeto repetirá en alto el pensamiento, dará un golpe, gritará "¡BASTA!" y pasará a la estrategia alternativa.
7. A continuación, lo repetirá por sí mismo tres veces más.
8. Luego, el sujeto introducirá este cambio: repetirá subvocalmente el pensamiento rumiativo y luego el ¡BASTA! (subvocalmente) junto con la palmada. Solo la palmada será observable y deberá sonar con fuerza.
9. De nuevo, repetirá esta secuencia tres veces.
10. A continuación, todo se hará de manera semejante excepto que la palmada será sustituida por algo menos escandaloso, más adaptado y disimulado, por ejemplo: apretar el puño con mucha fuerza, darse un pellizco, darse con una goma que lleva en la muñeca, clavarse las uñas, etc. De este modo se acabará la parte del proceso que se lleva a cabo en la consulta.
11. El modificador programará entonces con el paciente la ejercitación de este proceso en casa. Se procurará que, hasta la siguiente consulta, el sujeto practique dos veces al día todo el proceso visto (del punto 6 al 10); es decir, que debe, de nuevo, repetir en alto la estrategia y luego subvocalmente.
12. Además de las dos ocasiones programadas en que ensaye solo todo el procedimiento, el sujeto deberá parar al momento su pensamiento inadaptado en cuanto aparezca de forma espontánea gritando el ¡BASTA!, dando la palmada (o apretando el puño, clavándose las uñas o golpeándose con la goma de la muñeca) y poniéndose al instante a

aplicar la estrategia alternativa. Hay que tener en cuenta que esto puede suceder muchas veces a lo largo de las primeras semanas y por eso es imprescindible que el modificador sea capaz de motivar esta conducta y que el momento de puesta en práctica de esta técnica sea propicio para el sujeto (épocas del año en que puede ocuparse más de su tratamiento). No obstante, también advertirá al sujeto que lo esperable es que, ejercitando con constancia la técnica, los pensamientos que trata de eliminar poco a poco aparecerán cada vez menos veces y con menos fuerza.

Si se advierten dificultades para que el paciente logre detener la cadena de pensamientos una vez enfrascado en ellos, se planificarán algunas estrategias para que esto no suceda cuando practique en casa. Como ya se ha explicado, el pensamiento debe cortarse lo más pronto posible en cuanto aparezca. Para ello puede programarse una alarma intensa que suene después de 3 o 4 minutos cuando el sujeto se meta a practicar el recuerdo del pensamiento, de esta forma el sonido sustituirá a la palmada y el ¡BASTA!

Si existen pensamientos muy lacerantes para recordar, pero también otros inadaptados pero menos dolorosos, se empezará el entrenamiento por estos últimos. Una vez conseguido el éxito con ellos resultará más fácil enfrentarse a los más aversivos y el sujeto tendrá más confianza para recordarlos conscientemente.

Por otro lado, en una variante de la aplicación, tras el ¡BASTA! puede ponerse en práctica, si se ha entrenado convenientemente, una técnica de relajación o respiración que favorezca la aparición de una sensación agradable de calma y distensión.

23.3. Campos de aplicación y eficacia de la parada de pensamiento

La parada de pensamiento puede servir, en primer lugar, para demostrar a determinados pacientes obsesivos e incrédulos respecto a la posibilidad de desprenderse de ciertos pensamientos muy desagradables que resulta factible cortarlos si se emplea una estimulación suficientemente intensa y se sigue

una correcta sistemática (aunque, al principio, ese olvido dure poco). Se trata solo del primer paso para probar que puede verse libre de su problema, en caso de perseverar en la técnica.

En los casos en los que la parada de pensamiento ha funcionado mejor ha sido en los pensamientos asociados a los problemas de ansiedad y los depresivos. Algunos ejemplos concretos en que se ha aplicado con éxito son los pensamientos y las preocupaciones de carácter sexual; los pensamientos sobre enfermedades que se pueden sufrir; los pensamientos sobre errores cometidos en el pasado o que se pueden cometer en el futuro; en episodios repetidos de miedo precipitantes de tensión crónica; en los pensamientos sobre crisis de ansiedad vividas o anticipadas; y en todo tipo de pensamientos fóbicos (a la oscuridad, a animales, a exploraciones médicas, etc.). Igualmente, se ha empleado en el manejo de la ira, en pensamientos sobre lesiones autoprovocadas, en el manejo del dolor y en pensamientos de carácter obsesivo como el nombramiento repetitivo de un color, el recuerdo de una canción, de números o la realización de cuentas mentales. Sin embargo, a día de hoy, los niveles de eficacia sobre los pensamientos obsesivos típicos del trastorno obsesivo-compulsivo están puestos en duda.

Probablemente, algunos de los malos resultados de la parada de pensamiento presentados en las revisiones científicas hayan tenido que ver con una inadecuada elección de los pensamientos objetos de la parada. Por ejemplo, aquellos en los que el paciente cree que dando vueltas a determinadas cuestiones encontrará una solución, es muy improbable que los pensamientos problemáticos lleguen a desaparecer y la motivación para aplicar correctamente la técnica será baja. De aquí la necesidad de complementar la parada de pensamiento con técnicas como la de resolución de problemas.

Además, debe tenerse en cuenta que algunas personas pueden creer - por sus valores implícitos, probablemente fruto de un tipo de educación o marco cultural que no actúan correctamente si no se preocupan lo suficiente por ciertas cosas, y que deben hacerlo. Por ejemplo, una madre puede creer que si no está pensando en la seguridad de sus hijos y se centra más "en sus propias

cosas" no se está comportando como una buena madre. En estos casos, antes de aplicar la parada de pensamiento, vale la pena trabajar sobre esas creencias desde un enfoque de reestructuración cognitiva.

Aunque la parada de pensamiento ha sufrido críticas últimamente - en especial desde las terapias de conducta de tercera generación - al identificarse como una forma contraproducente de supresión de pensamiento, en rigor es más adecuado verla como una técnica entre otras dentro de las estrategias posibles de una intervención cognitivo-conductual multicomponente. Por tanto, si el análisis previo y completo del caso lleva a concluir que es posible y recomendable incrementar las estrategias de afrontamiento del sujeto por medio de esta herramienta y, sobre todo, ser aplicada oportunamente en un contexto terapéutico, no hay justificación para renunciar a ella, en especial si se concibe como un medio para facilitar los procesos de exposición del sujeto a las situaciones temidas y evitadas.

23.4. Ejemplo aplicado: el caso de Paco

Paco es un paciente de treinta y cinco años con problemas de estrés. Una de las situaciones que le preocupa en este momento es un pensamiento recurrente con relación a la compra de una vivienda. Hace dos años, se le presentó la ocasión de comprar una casa a buen precio, pero decidió quedarse en su vivienda actual. Este hecho lo interpreta en la actualidad como la pérdida de una gran oportunidad, por lo que se pasa largos periodos de tiempo rumiando sobre esta circunstancia, aunque ya hace tiempo que esa casa se vendió. Por estos pensamientos experimenta culpa y frustración.

M (Modificador): Bueno, Paco, ya hemos hablado de que gran parte de las emociones de tristeza y frustración que experimentas se deben al recuerdo de aquella casa que no te decidiste a comprar. Ya hemos hablado de la relación entre pensamiento y emoción, y cómo puede modificarse el pensamiento para cambiar la emoción.

P (Paco): Sí, y es que fue una gran oportunidad. No lo supe ver en ese momento, debería haberla comprado...

M: Hemos visto que esta idea es muy importante para ti, pero también sabes que no te lleva a ningún lado. Esa oportunidad ya ha pasado, y pensar durante tanto tiempo en ella, culpándote, no te ayuda en ningún sentido, solo a sentirte mal.

P: Sí, ya lo sé; pensar en ello no lleva a ningún sitio, pero y ¿qué hago? ¿Cómo dejo de pensar en ello? De verdad que yo no querría que me viniera a la cabeza todo el tiempo.

M: Vamos a poner en práctica una técnica que sirve para frenar este tipo de pensamientos. Lo primero que tenemos que hacer es identificar muy bien el pensamiento, que, como ya has hecho tú mismo durante esta última semana en el registro, es "debería haber comprado aquella casa", ¿no?

P: Sí, siempre es ese.

M: Vale. Esta técnica consiste en parar este pensamiento y sustituirlo por otro, con el objetivo de poner fin a este hilo de pensamiento que trae como consecuencia emociones como la tristeza y la frustración. Al principio, cuando se pare este pensamiento y lo sustituyas por otro, el tiempo que dura la desaparición del pensamiento negativo será breve, pues volverá al cabo de un rato, pero con la práctica irá aumentando y pasarás cada vez más tiempo sin que te venga a la mente.

P: Ojalá que así sea.

M: Cuando pares el pensamiento ¿qué te parece empezar a pensar y centrarte en las cosas buenas que te gustan de tu actual casa? Estas ventajas ya las sabemos, dado que te llevaron a decidir quedarte en tu vivienda y, además, cuando vuelves a expresarlas, consideras que, al final, sí que es posible que tomaras una buena decisión.

P: Vale, lo intentamos.

M: Pues vamos a empezar, si te parece. Ponte cómodo en la silla y cierra los ojos. Ahora quiero que te imagines que estás en tu casa, en el

sofá y que aparece el pensamiento negativo. Cuando te lo imagines, quiero que digas en voz alta todo lo que pienses, tal y como se te pasa por la cabeza. Cuando estés preparado, empieza...

P: "Debería haber comprado aquella casa. Era más cara, pero era más grande que esta. Seguramente en el futuro valga muchísimo más. Era más grande, con más habitaciones y más cómoda por si tenemos más hijos. Debería haberla comprado, es que fui un tonto. No sé por qué me lo pensé tanto, debería haber dicho que sí en cuanto tuve ocasión. Nunca se va a volver a presentar una ocasión así en..."

M: ¡BASTA! (pega un golpe muy fuerte en la mesa). Ahora pon en práctica el pensamiento alternativo, en voz alta.

P: Pues... ¡Caray qué susto!

M: Venga Paco, vamos con el pensamiento alternativo. Dilo en voz alta.

P: "La casa en la que vivo está mejor situada, es más barata y no me ha hecho falta ampliar la hipoteca. Mi mujer y yo tenemos el trabajo cerca, el colegio de mi hijo está enfrente. El barrio en el que vivimos está bien cuidado, los vecinos son agradables y no hay problemas de convivencia..."

M: Muy bien. ¿Ves cómo es posible parar el pensamiento?

P: Sí, ya veo. Por cierto, menudo susto me has dado.

M: De eso se trata, de provocar un estímulo lo suficientemente intenso capaz de parar el pensamiento negativo. Y luego, como has visto, de ocupar la mente con cosas más productivas y que nos hacen sentir bien. Bien, volvamos a hacerlo. Igual que antes, imagina que estás en casa, y aparece el pensamiento...

P: "Debería haber comprado aquella casa..."

[Se repite otras tres veces.]

M: Muy bien, Paco. Ahora vamos a cambiar algo el procedimiento. Yo no voy a intervenir: vas a ser tú el que empiece con ese pensamiento, lo pares con el ¡BASTA! y la palmada y comiences con el pensamiento alternativo. ¿OK?

P: De acuerdo... Voy allá: "Debería haber comprado aquella casa..."

[Sigue el resto de la pauta de la parada de pensamiento.]

M: Lo has hecho muy bien Paco. Sé que puede parecer pesado repetir todas estas veces la pauta, pero ten en cuenta que tu pensamiento está muy arraigado y que por eso hay que insistir tanto. Además, para que funcione tienes que aplicarte en casa de la forma que te voy a decir. Tienes que repetir todo el proceso tú solo en casa un par de veces al día hasta que nos veamos la semana siguiente.

P: Pero ¿incluyendo la palmada en alto o empiezo solo por lo de pellizcarme?

M: Hay que repetirlo todo, desde la palmada en alto.

P: Bueno, será un poco pesado, pero si dices que tiene que ser así...

M: Sí, tiene que ser así para que el procedimiento realmente funcione. Otra cosa: también habrá ocasiones en que el pensamiento te venga por sí solo, como hasta ahora, sin que tú, conscientemente, con esta práctica, te pongas a recordártelo.

P: ¿Y entonces qué hago? ¿Repito todo otra vez?

M: No. En esos momentos, en cuanto adviertas que estás pensando en la casa no comprada, al instante lo paras. Si estás solo te gritas ¡BASTA! y empiezas con el pensamiento alternativo. Si tienes gente alrededor haz lo del pellizco y grítate internamente el ¡BASTA! y luego te pones a pensar

en tu actual casa y en lo que tienes que hacer a continuación.

P: Muy bien.

M: Ten presente que este pensamiento puede venir muchas veces, así que estas primeras semanas te van a parecer un poco duras.

P: Me hago cargo. Pero mejor será que vivir con esa rumia.

M: Desde luego, Paco. Es un periodo de trabajo para luego tener paz mental. Veo que lo vas a hacer fenomenal.

24

Autocontrol y autoinstrucciones

Muchas personas admiran el autocontrol que manifiestan familiares, amigos, compañeros de trabajo o simples conocidos, y achacan a ese factor el que estos consigan lo que se proponen en sus vidas. En cambio, en estos casos uno mismo tiende a verse como alguien "sin voluntad", que se deja llevar por lo que en ese momento le apetece o que evita afrontar lo que teme y, en consecuencia, nunca progresa en la vida. Sin embargo, desde la modificación de conducta, el autocontrol no se considera un rasgo de carácter inamovible o de nacimiento, antes al contrario, se ve como el resultado de un aprendizaje: una habilidad que puede adquirirse. Y, de hecho, se han desarrollado estrategias eficaces para su fomento que han facilitado la consecución de metas personales en multitud de casos o han favorecido la reducción de problemas que interferían con una vida sana o adaptada.

En este capítulo se exponen métodos para el desarrollo del autocontrol -y en particular el componente de las autoinstrucciones - que, desde la perspectiva cognitivo-conductual, implica pasar desde una concepción relativamente pasiva del sujeto (que recibía los tratamientos) a una activa (en la que el sujeto se involucra mucho más directamente y es agente de su mejora). Por supuesto, esto es algo relativo, pues en técnicas como la DS o en la exposición se aprenden activamente procedimientos (la relajación, por ejemplo) o se actúa en la dirección comprometida incluso con bastante esfuerzo (en el caso de las exposiciones a situaciones temidas). Pero es verdad que con los procedimientos de autocontrol se recalca más nítidamente la posición activa, la autorregulación de la terapia (el paciente decide cuándo es el momento de dar un paso adelante o hacia atrás) y la responsabilidad (es el paciente más que el modificador el responsable de la mejoría). Por otro lado, el autocontrol se convierte en imprescindible cuando las conductas que el paciente quiere mejorar son muy privadas o solo accesibles a él mismo

(determinadas cogniciones) o más características de un estilo vital que de un problema psicológico.

El aprendizaje del autocontrol requiere un sujeto motivado para el cambio. Y hace falta ese deseo de cambio sin resistencias para que este enfoque terapéutico funcione. Y por ello, además, se ha de inducir, si el sujeto no cuenta con esta variable, la percepción de control interno sobre sus reacciones, emociones y acciones.

24.1. Qué es el autocontrol

Desde la modificación de conducta, el autocontrol se entiende como la emisión, por parte del sujeto, de una conducta controladora que trata de alterar la probabilidad de ocurrencia de una conducta inadaptada (o conducta controlada). Algunos ejemplos: un sujeto con compra compulsiva se organiza por sí mismo para salir de casa con poco dinero y sin tarjetas de crédito; un estudiante que pierde demasiado tiempo con determinados videojuegos antes de ponerse a hacer los trabajos elimina de su ordenador el buscaminas y el solitario; un empleado que suele llegar tarde al trabajo porque apaga el despertador que está en la mesilla en cuanto empieza a sonar lo sitúa la noche anterior lejos de su alcance.

Autocontrol no es sinónimo de restricción, ya que, con frecuencia, implica emitir conductas que alteran la frecuencia o probabilidad de ocurrencia de otras. Por ejemplo, un sujeto puede ir al gimnasio durante dos horas para evitar pasar tiempo en un bar; puede dedicarse a jugar con la consola en las horas en que estaba comiendo; o puede comer abundantes ensaladas, muchas frutas o yogures descremados para no tener tanto apetito antes de ir a la compra.

Se entiende que, al tratarse de conductas de autocontrol, estas acciones deben ponerse en práctica sin instigación exterior, física o social; esto es, no se realizan porque alguien en casa presione al sujeto (aunque, en ocasiones, sí se puede pedir ayuda para recordar o motivar). Se trata de un plan personal, diseñado previamente con el modificador de conducta, pero cuya

responsabilidad de ejecución recae en la persona objeto de tratamiento.

El autocontrol no es un entrenamiento para "fortalecer la voluntad" pues, como se adelantó en la introducción del capítulo, se concibe como un análisis y un conocimiento sobre las propias reacciones que se puede adquirir, en mayor o menor grado, a través de la terapia. No obstante, existen límites lógicos a su adquisición, como en el caso de aquellas personas aquejadas de determinados trastornos psicológicos (por ejemplo, una esquizofrenia en su fase aguda) o una discapacidad intelectual severa. Desde la terapia conductual, exhibir autocontrol significa que el sujeto ha adquirido un discernimiento acerca de las relaciones funcionales que controlan su comportamiento (estímulos antecedentes y consecuentes) y que, a partir de ese aprendizaje, modifica su entorno para alterar su conducta en la dirección deseada.

24.2. Procedimiento básico de aplicación del autocontrol

24.2.1. Fases del entrenamiento

El proceso de aplicación del autocontrol no es distinto al de otras intervenciones cognitivo-conductuales, excepto en que el sujeto tratado se convierte en el principal responsable de su mejoría, lo que supone no solo la posibilidad de que resuelva su problema actual, sino también que prevenga la aparición de otros futuros. Las fases que debe seguir el entrenamiento son las siguientes:

1. Concreción de los objetivos y trabajo en la motivación. Antes de comenzar el entrenamiento hay que llegar a un acuerdo con el paciente respecto a los objetivos de la intervención. Establecer objetivos concretos (cuantificables o medibles, esto es, tiempos, pesos, cantidades, etc.), limitados (no deben comenzarse varios objetivos simultáneamente) y realistas (si nunca se ha estudiado no se puede pretender sacar rápidamente un doctorado), así como fijar el tiempo necesario para alcanzarlos (por ejemplo, en dos meses es insensato pasar de 100 kg. a 75 kg.). Esta especificación de objetivos es el medio

para mantener una adecuada motivación y la manera de detectar el grado de implicación que el paciente va a tener en el proceso. En todos los casos, dejar los objetivos por escrito y visibles, así como el compromiso adquirido (y transmitirlo a otras personas), resulta muy aconsejable. Por supuesto, tener presentes los refuerzos que se van a alcanzar por la implicación en el entrenamiento es algo igualmente necesario.

2. Autoobservación y autorregistro. Facilitar la correcta observación de la propia conducta es un paso importante del entrenamiento. De hecho, algunos problemas mejoran sustancialmente solo con que el sujeto se haga más consciente de su aparición (sobre todo, en aquellas conductas más automáticas o involuntarias), cosa que el autorregistro favorece. Por esta razón, se solicitará a la persona que sea ella quien registre la conducta que se desea cambiar. Se diseñará un posible autorregistro sencillo y práctico, que pueda llevarse encima y que permita la identificación de estímulos discriminativos previos y de consecuentes, además de resultar fácil para el cálculo (si tiene cantidades). El autorregistro propicia la autoobservación y, posteriormente, facilitará el autorrefuerzo, otro de los objetivos del programa. Para incrementar su utilidad, los autorregistros deben trasladarse a gráficos que se situarán en lugares visibles. En estos gráficos se pueden incluir líneas de corte que señalan cuándo se alcanzan los objetivos y que impliquen la obtención de los refuerzos preestablecidos.
3. Entrenamiento en técnicas concretas. Teniendo en cuenta el análisis llevado a cabo, se determinarán cuáles son las técnicas más útiles para con seguir los objetivos del entrenamiento. Aunque existen muchas posibilidades, las técnicas más empleadas en este proceso (técnicas de control estimular, de programación conductual y autoinstrucciones) se describen en el apartado siguiente.
4. Aplicación de las técnicas en contexto real. El siguiente paso consiste en poner en práctica todo el proceso en el contexto donde se dan las conductas problema. Para incrementar su eficacia se propone seguir

estos pasos: 1) auto-observación; 2) aplicación de la técnica; 3) autoevaluación; 4) autorrefuerzo o autocastigo; 5) autocorrección.

5.Revisión de las aplicaciones con el modificador. Por último, tras afrontar las situaciones reales, en las sesiones de consulta se revisarán, junto con el modificador de conducta, las aplicaciones concretas, se analizarán las dificultades surgidas y se buscará su solución en aquellos casos en que no se logró el objetivo deseado.

6.Prevenir las recaídas y lograr estabilidad en los objetivos alcanzados. Aunque el programa funcione correctamente, los motivadores pueden perderse en el futuro (así, por ejemplo, si el objetivo era perder peso porque se iba a la playa, tras acabar el verano es fácil que descienda su motivación e implicación). Puesto que las recaídas son habituales en los programas de autocontrol, el modificador dedicará un tiempo al final del tratamiento a la prevención de recaídas y a la consolidación de las mejorías. Para ello, precisará - junto con el paciente - qué contratiempos y obstáculos pueden oponerse a los logros, y qué estrategias cognitivas y comportamentales pueden ponerse entonces en práctica. Conviene redactar estas estrategias y ensayarlas imaginariamente en varias ocasiones. Informar de que suele sufrirse alguna recaída y que eso no impide volver a activar el programa sirve también para lograr ganancias a largo plazo.

24.2.2. Técnicas del entrenamiento

Las técnicas que se emplean en el autocontrol son básicamente de tres tipos: a) las técnicas de control estimular; b) las técnicas de programación conductual; y c) las autoinstrucciones. En las primeras, el énfasis se sitúa en el contexto estimular que afecta a la probabilidad de aparición de la conducta; por eso la intervención se realiza antes de que la conducta tenga lugar manipulando los estímulos discriminativos. En las segundas, la intervención se realiza a posteriori, manipulando las consecuencias de la respuesta cuando esta ya ha tenido lugar. Finalmente, las autoinstrucciones son autoverbalizaciones diseñadas para aumentar el autocontrol. De ellas se habla

más extensamente en la segunda parte de este tema.

A) Técnicas de control estimular

Se apoyan en la técnica de control de estímulos que se presentó en el capítulo 13. Consisten en ejercer control sobre los estímulos que disparan la aparición de la conducta problema. Tienen especial cabida en problemas como la obesidad, las conductas adictivas, la falta de estudio, los problemas maritales o las dificultades para conciliar el sueño. Algunas modalidades de estas técnicas son:

- 1.La restricción física (por ejemplo, ponerse guantes para no explotarse las espinillas).
- 2.La eliminación de estímulos (por ejemplo, dejar el móvil fuera de la biblioteca cuando se va a estudiar; no tener en casa productos hipercalóricos; no llevar más que el dinero de la entrada de cine).
- 3.Cambiar los estímulos discriminativos (por ejemplo, estudiar a horas fijas y siempre en el mismo sitio; fumar únicamente en determinados lugares y a determinadas horas; dormir siempre en la cama y leer solo en el sofá).
- 4.Cambiar el medio social (por ejemplo, ir a tomar café con personas que no fuman; ir a comprar con una vecina sin problemas de compra excesiva de lotería).
- 5.Modificar las propias condiciones físicas o fisiológicas (por ejemplo, comer antes de ir a la compra; practicar la relajación antes de tomar decisiones sobre un tema difícil para la pareja).

A pesar de la utilidad de todos estos métodos, debe recalarse que, por sí solos, no bastan para evitar las recaídas; deben acompañarse del entrenamiento en estrategias alternativas que sean reforzadas. Así, por ejemplo, habrá que enseñar no solo a no comprar productos hipercalóricos, sino también reforzar el seguimiento de una dieta equilibrada y un estilo de

vida saludable.

B) Técnicas de programación conductual

En este caso, el entrenamiento se centra en planificar y manipular las consecuencias de la conducta por controlar. Existen las siguientes modalidades:

1. **Autorreforzamiento.** Aquí el propio sujeto es quien se autoaplica las consecuencias reforzantes de una conducta. Los reforzamientos que se usen pueden ser materiales o simbólicos; y pueden ser reforzamientos positivos o negativos (es decir, que, en este último caso, el sujeto se concede dejar de hacer algo que le desagrada). Por ejemplo, si un estudiante que se levanta muchas veces durante el estudio (a por café, una galleta, un refresco, un pitillo, etc.) determina que se levantará a por una de estas cosas si y solo si ha leído y subrayado en los últimos diez minutos cuatro páginas del libro.
2. **Autocastigo.** De forma opuesta a lo anterior, en este caso el propio sujeto se administrará consecuencias aversivas contingentemente a la realización de una conducta problema. Por ejemplo, tras comer a una hora inadecuada y fuera del plan, el sujeto con un problema de obesidad practica un cuarto de hora más de ejercicio.
3. **Métodos encubiertos.** En algunos casos puede aplicarse la sensibilización encubierta, el autorreforzamiento encubierto o el modelado encubierto. Pero solo se emplearán si el sujeto demuestra la suficiente capacidad imaginativa y posee la suficiente motivación para implicarse en esta actividad.

24.3. Evaluación crítica del autocontrol

Los procedimientos de autocontrol han sido criticados en ocasiones por parecer superficiales (al no tener en cuenta supuestas causas internas o latentes de las conductas inadaptadas) y por dar una imagen de frialdad o de

crear un "hombrobot". Sin embargo, en realidad gracias a ellos muchas personas han alcanzado objetivos vitales largamente perseguidos y ante los que se había fracasado en múltiples ocasiones; y, como consecuencia de estos logros, han experimentado un incremento de los sentimientos de libertad, seguridad, orgullo y de la propia estima. El hecho de poner al servicio de las personas los métodos más contrastados y sencillos para conseguir ciertas metas difícilmente puede cuestionarse. Tales críticas pasan por alto que todo el mundo emite conductas controladoras para modificar conductas que se quieren dominar (piénsese en el ejemplo elemental de poner el despertador todas las mañanas).

Todo lo dicho no impide que en el problema fundamental de la aplicabilidad de estos procedimientos radica la dificultad para el cambio de muchos sujetos. Ciertamente, persistir en ciertas conductas puede acarrear ganancias secundarias (por ejemplo, no dejar de hacer dietas puede conllevar estar en contacto con médicos endocrinos, lo que facilita mantener el rol de enfermo o persona atendida), pero comprendida la función de la conducta que, en cualquier caso, afectaría a cualquier tipo de terapia, siempre puede plantearse y trabajarse previamente.

Si bien en este capítulo se han expuesto las más utilizadas, en realidad casi cualquier técnica de modificación de conducta puede incorporar en algún grado el autocontrol y eso sería aconsejable si se pretende que el paciente gane independencia del modificador de conducta y de la terapia.

24.4. Autoinstrucciones

De forma sintética, el entrenamiento en autoinstrucciones consiste en instaurar verbalizaciones internas que permitan la realización de una tarea o afrontar una situación difícil. Estas verbalizaciones internas deben contrarrestar aquellas que interfieren con la correcta ejecución de una actividad o guiar en aquellas acciones que pueden resultar complicadas de llevar a cabo. Básicamente, se podrían ver como un medio para "enseñar a pensar" a un niño impulsivo o a "decirse cosas positivas y realistas" a alguien con miedos o bloqueos.

Como se ha explicado anteriormente, las autoinstrucciones pueden considerarse como una técnica más de autocontrol que ayuda, de forma independiente o en combinación con los procedimientos de control estimular y programación conductual, a la consecución de los objetivos de un programa autoaplicado. No obstante, también poseen su propia historia y su entidad más allá de las técnicas de autocontrol. De hecho, podrían remontarse hasta 1920, cuando varios médicos ingleses y franceses diseñaron prácticas para mantener "diálogos internos optimistas". No obstante, fue a mediados de los años cincuenta cuando cristalizó el sustrato teórico para las investigaciones sobre el papel de las autoverbalizaciones en la ejecución de determinadas conductas. En este proceso influyó la divulgación de los estudios y teorías evolutivas de los psicólogos soviéticos Alexander Luria y Lev Vygotsky.

En la década siguiente, Donald Meichenbaum elaboró y contrastó unos programas de intervención en los que las autoinstrucciones tenían efecto en el control específico de determinadas conductas, en particular con personas con trastornos psicóticos, depresivos y ansiosos. Repetidamente observó que estos pacientes reproducían en voz alta las mismas instrucciones que les había dado el terapeuta. De modo que, muchas veces, el control de una conducta dada se apoyaba en las verbalizaciones autodirigidas. Si esas verbalizaciones resultaban oportunas se allanaba la emisión de conductas adaptadas, y viceversa.

Meichenbaum también asumió la hipótesis de que una parte de las cogniciones podrían considerarse como "pensamientos automáticos" y también eslabones de cadenas de respuestas más amplias, tanto adaptadas como inadaptadas. Para eliminar las inadaptadas habría que "desautomatizar" una cadena y "automatizar" otra cadena de pensamientos-diálogo adaptada; esto es, elaborar unas adecuadas autoinstrucciones.

En general, los estudios de Meichenbaum con niños hiperactivos e impulsivos que cometían muchos errores y trabajaban demasiado rápido y para los que se diseñaban cadenas de verbalizaciones apropiadas resultaron un éxito. Después de los cambios positivos que se produjeron en estos niños, se adaptaron luego otras autoinstrucciones para niños agresivos y con

problemas emocionales.

En síntesis, tanto los trabajos previos de distintos autores como los desarrollos de Meichenbaum posibilitaron diseñar los pasos y las secuencias precisas para llevar a cabo un entrenamiento en autoinstrucciones que optimizara el lenguaje interno y así ejecutar bien ciertas tareas o acciones concretas. Además, este proceso parece facilitar la generalización a otras tareas, problemas o acciones.

24.5. Procedimiento básico del entrenamiento en autoinstrucciones

La aplicación de las autoinstrucciones se combina con otras técnicas cognitivoconductuales. Las más comunes son el modelado, el desvanecimiento, el encadenamiento, el refuerzo positivo, la extinción, el entrenamiento en habilidades motoras específicas, el entrenamiento en relajación y el entrenamiento en habilidades de solución de problemas.

Las autoverbalizaciones ideadas como autoinstrucciones tienen que ser concretas y referirse específicamente al tipo de tarea y la secuencia de respuestas encadenadas que requiere. Además, en su aprendizaje debe planearse una secuencia que se ha de repetir hasta que se interiorice. En principio, el esquema propuesto incluye las siguientes fases (se añaden ejemplos de algunas autoverbalizaciones que ayudarían a la ejecución de la tarea recortar un dibujo de forma correcta).

1. Definición del problema: % Qué tengo que hacer?". "Tengo que recortar este dibujo".
2. Aproximación al problema: % Qué me piden que haga?". "Que recorte esta casita y su jardín sin salirme de la línea discontinua".
3. Focalización de la atención: ",Tengo las tijeras que necesito?". "Sí. Aquí están". ",Tengo el celo?". "Sí, aquí al lado". "El dibujo está recto y bien sujeto". "Voy a empezar recortando el borde más exterior". "Voy a ir despacito para no salirme de las líneas".

4. Autorrefuerzo: "Ya he terminado de cortar la parte de arriba y no he dañado la parte del dibujo". "¡Qué bien me está saliendo!". "Me gusta esto de recortar".
5. Verbalizaciones para hacer frente a los errores: "Al recortar el árbol he cortado un poco de la copa. Bueno, no importa. Voy a separarlo y luego lo pondré con celo". "Tengo que ir despacito para no salirme del borde".
6. Autoevaluación: ",He recortado ya toda la casa y los árboles del jardín?". "Sí, está todo recortado".
7. Autorrefuerzo final: "Muy bien". "He recortado todo el dibujo fenomenal".

Este esquema no es rígido, dependiendo de la tarea se descompone en más pasos o menos y, si se trabaja con niños pequeños, no se menciona el tipo de auto verbalización, simplemente, se le dicen y repiten las frases específicas. Además, se utilizará el modelado a través del profesor, con la siguiente secuencia:

- a) El profesor hace la tarea y dice en alto la autoinstrucción pertinente.
- b) Luego, el niño hace la tarea mientras el profesor dice en alto la autoinstrucción.
- c) A continuación el niño lleva a cabo la tarea y repite tal cual la autoinstrucción que empleó el profesor.
- d) Más tarde, el niño hace la tarea y repite la autoinstrucción pero cada vez con tono de voz más bajo (dos o tres repeticiones).
- e) Por último, el niño lleva a cabo la tarea diciéndose la autoinstrucción subvocalmente.

En el ejemplo descrito, las autoverbalizaciones se han destinado al control de una conducta motora que podía verse afectada por la impulsividad; sin

embargo, también pueden orientarse a contrarrestar los efectos de los "pensamientos automáticos" que interfieren en la ejecución de una tarea o en el afrontamiento de una situación que causa ansiedad. En estos casos, gran parte del entrenamiento tiene que dirigirse a detectar las verbalizaciones interfirientes y a generar instrucciones útiles para contrarrestarlas. Es decir, se entrena al sujeto a decirse a sí mismo instrucciones que ayuden a parar o eliminar las autoafirmaciones negativas y a generar otras positivas. Por ejemplo, en una tarea de acercamiento a desconocidos para entablar una posible amistad, se buscarán frases como: "lo difícil es empezar a hablar, luego ya sale solo", "es normal tener nervios y eso no quiere decir que vaya a caer mal, la ansiedad es una respuesta normal y no me impide relacionarme", "si no me hacen mucho caso es que no son muy educados", "al principio ellos también pueden estar algo cortados cuando se acerca un extraño", etc.

En el último ejemplo se han utilizado unas autoinstrucciones generales que pueden servir para muy distintas situaciones de acercamiento a desconocidos. En realidad, al principio es común (y más acertado) servirse de autoinstrucciones concretas y muy dirigidas a la tarea específica. No obstante, luego resulta provechoso desarrollar otras más generales, de forma que el entrenamiento se pueda generalizar más fácilmente.

Conviene emplear en el contenido de las autoverbalizaciones un lenguaje propio de la persona: el tipo de vocabulario y las expresiones a las que él recurre y que le son familiares. De hecho, en la evaluación previa se habrán recogido sus frases características y se aprovecharán aquellas que le ayudaban ya y eran pertinentes para la tarea. El sujeto no se debe sentir raro por seguir esta pauta de decirse a sí mismo cosas adecuadas. Una buena comprensión de las bases de la técnica y de su eficacia contrastada y una suficiente motivación por parte del modificador facilitarán esa tarea.

Por supuesto, integradas en el tratamiento de autocontrol, las autoinstrucciones se orientarán a animar al sujeto a seguir su plan, a tranquilizarle, a focalizarse sobre la tarea o las sensaciones, etc.

Por último, se tendrá en cuenta que si existen varios problemas ante los

que servirse de las autoinstrucciones se comenzará el entrenamiento por aquellos que exijan autoinstrucciones más breves y sencillas, cuya aplicación tenga más probabilidades de éxito y que provoquen menos ansiedad.

24.6. Evaluación crítica de las autoinstrucciones

La literatura científica ha demostrado que el entrenamiento autoinstruccional ha arrojado resultados eficaces en casos de niños hiperactivos e impulsivos. También hay constancia de su utilidad para mejorar el rendimiento escolar en tareas de lectura, escritura, dibujo o aritmética. Así mismo, ha servido para mejorar habilidades interpersonales en el aula, la atención al profesor o la creatividad de los alumnos.

Posteriormente, en el campo clínico - tanto en adultos como en niños - se ha mostrado como una técnica práctica para el tratamiento de problemas de ansiedad, fobias y estrés; así como con problemas de autocontrol relacionados con dificultades de resistencia a la tentación en trastornos de la alimentación, demora de la gratificación tolerancia a la estimulación aversiva, manejo del dolor o control de la ira.

Desde un punto de vista conductual, las autoinstrucciones representan un claro ejemplo de conducta gobernada por reglas. En este tipo de comportamientos, cuando las reglas se vinculan de modo atinado a acciones manifiestas del sujeto (es decir, cuando están bien definidas) y a consecuencias ambientales gratificantes, resultarán siempre más efectivas. También debe tenerse en cuenta que, para que unas reglas funcionen, se deben concretar resultados positivos claros, realistas y probables, pese a demorarse el tiempo en el que se consigan (si bien, en este caso, deben especificarse los datos que representarán un progreso hacia lo buscado). Por tanto, siempre que las autoinstrucciones, lo mismo que la técnica de solución de problemas, se ciñan a estas normas será un procedimiento recomendable.

24.7. Ejemplo aplicado: el caso de Aurora

Aurora es una mujer de veintiocho años de edad que lleva unas semanas

acudiendo a consulta a causa de la ansiedad producida por su inminente boda. Actualmente nos pide ayuda para dejar de morderse la uñas.

M (Modificador): Hola, Aurora. ¿Qué tal va todo?

A (Aurora): Bueno.. .un poco preocupada. Quería preguntarte algo: ¿hay alguna forma de que deje de morderme las uñas?

M: Sí, claro. ¿Por qué quieres dejar de morderte las uñas?

A: Bueno, es que no queda muy bonito que la novia vaya con las uñas mordidas.

M: ¿Desde cuándo te muerdes las uñas?

A: Pues... desde siempre, pero no es una costumbre muy, muy habitual, al menos no lo era hasta hace unos meses, aunque sí de niña. Creo que solo lo hago en momentos de mucho estrés; y, claro, ahora con la boda lo he vuelto a hacer. Nunca me ha importado demasiado, pero ahora con los nervios de la boda... me las muerdo más y me estoy empezando hasta a hacer heridas.

M: De acuerdo. ¿Has probado algo para dejar de mordértelas?

A: Sí, probé un producto que sabe muy mal, pero me habitué a él y me seguí mordiendo las uñas.

M: Vale, ¿sabrías decirme cuándo te muerdes más la uñas?

A: Supongo que cuando más nerviosa estoy.

M: Muy bien. Lo primero que quiero que hagas es rellenarme durante esta semana un autorregistro cada vez que te muerdas las uñas. En él debes poner el día, la hora, la situación en la que estés y el nivel de ansiedad que tienes de 0 (si no es nada) a 10 (el máximo). ¿Vale?

A: Vale, hago como la otra vez que me mandaste uno.... me lo llevo conmigo a todos lados y lo apunto inmediatamente. ¿No?

M: Exacto, eso es lo mejor. También quiero que hagas otra cosa, quiero que redactes una lista de los motivos por los que quieres dejar de morderte las uñas.

A: Vale. Te aseguro que eso no me va a costar mucho.

[Pasa una semana.]

M: Hola, Aurora, ¿qué tal? ¿Has rellenado el autorregistro?

A: Sí, aquí lo tienes. Al principio me costó un poco porque no me daba cuenta de que me las estaba mordiendo, hasta que mi novio me decía: "Oye, que te estás mordiendo las uñas".

M: Vale, vamos a mirarlo... Veo que normalmente te muerdes las uñas en casa, mientras preparas cosas para la boda y lo que más me llama la atención es que tenías altos niveles de ansiedad, ninguno por debajo de 7.

A: Ya, es que me pongo atacada cuando estoy con las cosas de la boda.

M: Lo entiendo y es normal, ya que la preparación de una boda supone mucho estrés. Ahora quiero que utilices las técnicas de relajación que ya has aprendido para rebajar estos niveles de ansiedad.

A: Y ¿ya?

M: No, pero ayudará mucho que esos niveles de ansiedad sean más bajos. También quiero que cuando estés en casa lleves unos guantes, de esos como de cirujano.

A: No lo entiendo.

M: Llevar unos guantes puestos te impedirá físicamente que puedas

morderte las uñas, ya que cuando te llevas la mano a la boca toparás con el guante.

A: Vale, ahora sí lo entiendo. ¿Pero los tendré que llevar siempre?

M: No, no. Es solo un tiempo, mientras vamos aprendiendo a ganar control de forma más natural.

M: Otra cosa, ¿redactaste la lista de los motivos por los que quieres dejar de morderte las uñas?

A: Sí, toma.

M: Ahora me la lees porque quiero que te la quedes tú. ¿Me puedes leer los motivos en voz alta?

[Los lee.]

M: Vale, están muy bien. Quiero que los lleves contigo y si ves que tienes muchas ganas de morderte las uñas, ¡zas!, saca la lista y lee los motivos en voz alta.

A: Que los lea y ¿ya?

M: No, quiero que cuando los estés leyendo te detengas en cada uno de los motivos que tienes escrito y te pares a pensar en cada uno de ellos.

A: Vale, eso haré.

M: Nos queda una cosa: tienes que seguir igual con el registro. Pero como tenías una media de veinte veces al día, cuando bajas a diez te vas a dar un premio.

A: ¿Como qué?

M: Algo que a ti te guste y lo veas como algo que te has ganado. Recuerdo que dijiste que te gustaba mucho un traje de baño, pero que era

algo caro, aunque tus padres querían que te lo comprases. Hagamos esto: cuando llegues a diez te lo permites.

A: De acuerdo. Reconozco que puede ser una motivación, y quizás, a la larga, hasta más barata que tener que estar arreglándome las uñas en la manicura.

[Pasa una semana.]

M: Bueno, Aurora, cuéntame. ¿Qué tal la semana?

A: ¡Ufff!, los primeros días la verdad es que un poco mal, si no le di ocho mordiscos al guante no le di ninguno. Pero luego comencé a utilizar la relajación y ya no intentaba tanto morderme las uñas.

M: Me alegro. ¿Has utilizado la lista?

A: Sí, pero no porque estuviese a punto de morderme las uñas, sino porque me motivaba bastante.

M: Muy bien. Quiero que sigas llevando los guantes en casa una semana más para consolidar todo el trabajo realizado.

A: Muy bien. ¡Ah! ya estoy a punto de conseguir el traje de baño. Tengo una media de doce.

M: Genial.

[Pasa una semana.]

M: Hola, ¿qué tal?

A: Genial, mira (enseña la manos).

M: Muy bien, estoy muy orgulloso de ti.

A: Muchas gracias, y yo.

M: ¿Has tenido algún problema durante esta semana?

A: No, ninguno. Es más, he tenido una media bajísima y me he premiado con la compra del traje de baño.

M: Vale, pues ahora vamos a probar a quitar los guantes, pero dejamos todo lo demás.

25

Terapia Racional Emotiva Conductual

A la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) de Albert Ellis y a la Terapia Cognitiva (TC) de Aaron Beck se las considera las dos terapias cognitivas por antonomasia. Ambas tienen en común que no nacieron en el seno de la modificación de conducta, sino que fue posteriormente cuando se integraron en esta corriente gracias a la concreción de sus protocolos y al acercamiento de sus métodos y estructuras a los de la terapia de conducta. Sin embargo, no ha dejado de existir un cuestionamiento de sus bases explicativas - menos vinculadas a los principios del aprendizaje - y de sus técnicas de tratamiento (aunque, en algún caso, también incorporaron las conductuales). Con todo, es indudable que ambas forman parte ya del acervo de los psicólogos cognitivo-conductuales, los cuales, en muchos casos, más que aplicar estas terapias en su integridad, se han servido de algunas de sus estrategias para complementar sus tratamientos y ayudar a sus pacientes a reestructurar pensamientos inadaptados y creencias que interfieren en su bienestar.

En este capítulo se expone el primero de estos modelos, aunque esta presentación no puede sino estimarse una introducción a toda una terapia con una bibliografía propia y extensa.

25.1. Qué es la Terapia Racional Emotiva Conductual

A la Terapia Racional Emotiva, más tarde denominada (y evolucionada en) Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), se la conceptúa como la primera intervención clínica de corte cognitivo que se formuló y desarrolló

como terapia. Su autor, Albert Ellis, comenzó a publicar sobre ella a principios de los años sesenta. Ellis partía de una formación psicoanalítica, pero abandonó este enfoque, a su juicio ineficaz para resolver los problemas emocionales, y fue inclinándose por procedimientos de carácter más directivo característicos de las terapias conductuales.

Como filosofía última, la TREC se conecta con una concepción del mundo estoica, que sostiene que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación, sino por la interpretación que los sujetos hacen de ella.

Por otro lado, como base para el desarrollo de la teoría, el autor cree que las personas tienen ideas irracionales y filosofías de la vida que se mantienen dogmáticamente y que, al cabo, producen alteraciones emocionales, cognitivas y conductuales. De acuerdo con Ellis, unas pocas categorías generales aglutinan todas las ideas irracionales que presentan los pacientes. Con este enfoque, estima que se dirige a la raíz del problema, y no solo a sus manifestaciones externas.

Para la TREC existe una interacción entre las cogniciones (pensamientos), las emociones y las conductas; y esta interacción se inicia en las cogniciones. La forma en que se perciben los hechos interactúa con las cogniciones, emociones y conductas. Esencialmente, la causa de las perturbaciones radica en la forma de pensar del individuo (cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias) junto con las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, los otros y el mundo en general. El elemento principal del trastorno psicológico es, por tanto, la evaluación (interpretación o creencia irracional) poco funcional (ya que impide la realización de metas constructivas) que realiza el sujeto.

25.2. El esquema A-B-C y las creencias irracionales

Para explicar la relación entre cogniciones (pensamientos), emociones y conductas que la TREC presupone, Ellis utiliza el esquema A-B-C. De acuerdo con este, el paciente se da cuenta de que las reacciones emocionales

y las conductas (C, del original inglés Consequences) no son consecuencia de los acontecimientos o cosas que le ocurren (A, del original Activating Event), sino de los pensamientos o creencias vinculados a esos acontecimientos (B, del original Beliefs). Como C sigue casi inmediatamente a A, la mayoría de las personas no se percatan de que la causa real de C es B.

Los pensamientos o creencias (B) que se generan ante un acontecimiento pueden ser realistas, lógicos u objetivos o, por el contrario, irracionales, ilógicos y sesgados. Esta diferenciación entre un tipo y otro es importante para Ellis. Las primeras, las creencias racionales, tienen un carácter probabilístico o relativista y se formulan como deseos, preferencias y gustos ("ojalá pasara esto" "me gustaría", "quisiera", "me agradaría", etc.), y cuando no se consiguen, la frustración no inmoviliza permanentemente, se acepta y se buscan alternativas; en cambio, las creencias irracionales son dogmáticas, extremas, absolutas, y se formulan como obligaciones, exigencias absolutas ("es así y solo así", "tengo que", "debo", "es mi obligación absoluta, no cabe otra", etc.), y cuando no se alcanzan provocan emociones intensas, perturbadoras e incapacitantes (depresión, ansiedad, culpabilidad, etc.) que dificultan la obtención de nuevos objetivos y pueden ocasionar otras reacciones problemáticas (por ejemplo, el abuso del alcohol, de las drogas, el juego patológico, etc.).

Las ideas irracionales son idiosincrásicas pero, según Ellis, se las puede compendiar en unas pocas categorías. El modificador puede servirse de este listado para buscar y reconocer más fácilmente las ideas irracionales presentes del paciente y, de esta manera, ir a la raíz de sus problemas. Las ideas irracionales planteadas originalmente por Ellis son diez y pueden formularse así:

1. Para el ser humano adulto es una necesidad extrema ser querido y recibir aprobación de prácticamente toda persona significativa de su comunidad.
2. Para considerarse a sí mismo valioso hay que ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos

posibles.

3. Es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen.
4. Cierta clase de personas es vil, malvada e infame; estas personas deben ser seriamente condenadas y castigadas por su maldad.
5. Si algo es, o puede ser, peligroso o terrible, uno debe sentirse muy inquieto por ello y deberá pensar constantemente en la posibilidad de que ocurra.
6. Invariablemente existe una solución precisa, concreta y perfecta para los problemas humanos, y si esta no se encuentra, sobreviene la catástrofe.
7. La desgracia humana se origina por causas externas y las personas tienen muy poca capacidad, o ninguna, para controlar sus penas y perturbaciones.
8. Es más fácil evitar que afrontar ciertas responsabilidades y dificultades en la vida.
9. La historia pasada de uno es un determinante decisivo de la conducta actual, algo que ocurrió una vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente.
10. La felicidad se alcanza por inercia y sin hacer nada, lo divertido es algo que sobreviene sin esforzarse.

Pero estas ideas quedan englobadas en tres nociones básicas: 1) tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación con mi forma de actuar; 2) tú debes actuar de forma agradable, considerada y Justa conmigo, y 3) las condiciones de mi vida deben ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiero sin mucho esfuerzo e incomodidad.

A su vez, desde estas ideas irracionales se genera un conjunto de

distorsiones cognitivas entre las que destacan: 1) resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento; 2) exagerar lo insoportable de una situación; 3) condenar a las personas, o al mundo en general, si no proporcionan al individuo lo que este cree que merece.

Cuando se albergan unas demandas dogmáticas y extremas sobre uno mismo y el resto de las personas se generan dos tipos de perturbaciones, que Ellis denomina respectivamente la ansiedad del yo (cuando uno se critica a sí mismo por no satisfacer unas necesidades absolutas que se autoimpone o impone a los otros) y la ansiedad perturbadora (cuando no quedan satisfechas las exigencias dogmáticas de bienestar, comodidad, etc., que se dirige a sí mismo o al resto).

25.3. Aplicación de la Terapia Racional Emotiva Conductual

En las formulaciones más recientes que Ellis desarrolló, la TREC se adscribió a la terapia cognitivo-conductual. Su aplicación hoy en día requiere un estilo activo, directivo y educativo. La terapia tiene una estructura bien definida, con una delimitación precisa respecto a los procesos a seguir, las técnicas que emplear y los objetivos terapéuticos por conseguir.

25.3.1. El proceso de la TREC

La intervención de la TREC se lleva a cabo en cinco fases: 1) la evaluación psicopatológica; 2) la evaluación racional-emotiva; 3) el insight racional-emotivo; 4) el aprendizaje de una base de conocimiento racional, y 5) la consecución de una filosofía de vida racional.

A) Evaluación psicopatológica

El modificador comenzará la terapia con una evaluación convencional (por medio de entrevistas, cuestionarios, autorregistros o tests) para detectar la presencia de trastornos psicopatológicos y los factores biológicos o psicológicos asociados.

B) Evaluación racional-emotiva

En esta fase se relacionan los problemas del cliente y se definen como problemas externos o internos. Los primeros corresponden a aquellos que dependen de situaciones ambientales (por ejemplo, presiones profesionales, despidos, dificultades económicas, tensiones con personas concretas, etc.); todos estos problemas corresponderían con la A del esquema A-B-C, es decir, el evento Activador. Por su parte, los problemas internos son los síntomas que presentan los pacientes (perturbaciones emocionales, conductas inadaptadas, depresión, ansiedad, ira, culpa, adicciones, etc.) y corresponderían a la C del esquema A-B-C. Sobre estos últimos se concentra el trabajo de la TREC. Además, el terapeuta debe analizar si se encuentra ante problemas primarios o secundarios a otras circunstancias. El modificador estará atento todo el tiempo a la aparición de demandas absolutistas ("debo", "tengo que", etc.), a la visión deformada del mundo y a afirmaciones antiempíricas acerca de lo que ha ocurrido u ocurrirá (sobregeneralizaciones, distorsiones, catastrofismo, etc.). Igualmente, cuando el paciente tache de "horrenda", "terrible", "horrorosa" esta situación; o cuando diga que es "insufrible", "imposible de soportar", o que "no debería haber sucedido así"; o, también, cuando afirme que el que comete tales errores "merece reprobación" o que "es un canalla", "alguien despreciable", etc.

C) Insight racional-emotivo. El modelo A-B-C

Recogida esta información y categorizados los problemas según el esquema A-B-C, se le explica este al paciente (con los ejemplos que sea necesario, hipotéticos y propios de su vida) y se le comenta que en la terapia: 1) se trabajará sobre los B irracionales; 2) irá adquiriendo creencias más racionales; 3) en el caso de existir problemas secundarios, se trabajará primero sobre las creencias irracionales de estos, y luego sobre las de los primarios. Por último, se preocuparán por los problemas ambientales o externos (A).

Se considera esencial que el paciente comprenda y comparta esta explicación (insight), y asuma, en consecuencia, que: 1) sus ideas y creencias

influyen en sus problemas emocionales y en su conducta; la clave son las creencias irracionales y no los acontecimientos que las activan; 2) aunque haya adquirido sus ideas irracionales tempranamente, la causa de sus problemas actuales no es el pasado, sino el conservar hoy en día las mismas ideas; en consecuencia, está en su mano cambiar cómo se encuentra; 3) para superar sus problemas no existe otro método que observar, cuestionar y rebatir persistentemente las creencias irracionales; es decir, que no basta solo con conocerlas.

En este proceso, el modificador ayudará al paciente emocionalmente. Debe transmitirle que puede aceptarse a sí mismo aunque haya creído y mantenido todos sus problemas emocionales.

D) Aprendizaje de una base de conocimiento racional

En esta fase es cuando propiamente se pone en práctica la terapia. En ella se debaten las ideas irracionales, se tratan de refutar a través de las distintas técnicas propuestas por la TREC y se procura instaurar y asentar las creencias alternativas racionales. En la discusión se sigue un método lógico-empírico: poner en tela de juicio y debatir científicamente la cuestión. El modificador se servirá de preguntas retóricas que susciten el debate. Y en este debate se distinguirá continuamente entre lo que se quiere y lo que se necesita, los deseos y las exigencias (imperativos), las ideas racionales y las irracionales, los resultados indeseables de los insoportables, las conclusiones lógicas de las ilógicas.

Una resistencia importante que puede surgir en esta fase parte de que el paciente albergue una serie de miedos por adoptar este método de pensar. Estos miedos pueden ser: 1) a perder la propia identidad al asumir ideas que surgen de otros; 2) a volverse frío por pensar tan racionalmente; 3) a resignarse a la mediocridad por abandonar ideas de perfeccionismo; 4) a perder gratificaciones que estaba obteniendo por su patológica forma de pensar y actuar. Cuando se detectan estos miedos se consideran importantes distorsiones cognitivas y se abordan como tales.

E) Consecución de una filosofía de vida racional

Por último, en esta fase final se pretende que las ideas racionales ya adquiridas se consoliden y funcionen de la forma más automática posible. Igualmente, se busca un fortalecimiento del hábito detectando, debatiendo y refutando creencias irracionales que puedan aparecer u observarse en uno mismo y también en otras personas.

25.3.2. El estilo y la actitud del terapeuta de TREC

El terapeuta debe seguir unos criterios y reunir una serie de cualidades para llevar a cabo la TREC. Ellis y sus colaboradores destacan las siguientes:

1. Aceptación incondicional de los clientes, aunque sin caer en reforzar sus ideas irracionales de amor y aceptación por parte de todos.
2. Ser genuino en la terapia: abierto, auténtico, sin problemas para facilitar información personal al paciente.
3. Tener empatía con los clientes y con su filosofía de vida.
4. Exhibir una actitud activa-directiva. El terapeuta ha de ser vigoroso y directo para eliminar las ideas irracionales. Dará tareas y será firme ante su incumplimiento. Pero no debe volver dependientes a los pacientes (sobre todo a los más pasivos).
5. Ser activo verbalmente y buscar la expresividad del paciente. Habrá que entrar a discutir las ideas irracionales.
6. Didáctico. Debe ser un buen profesor: usará ejemplos cotidianos y del paciente; utilizará un lenguaje claro y sencillo. Y no debe caer en el intelectualismo.
7. Ser un modelo racional de sentir y comportarse. Así el cliente verá un comportamiento alternativo al suyo (por ejemplo, si el paciente le rechaza, el terapeuta lo llevará bien).

8.Utilizar el sentido del humor como método didáctico, siempre con completo respeto a las vivencias y el sufrimiento del paciente.

25.3.3. Estructuración de las sesiones

En la fase de tratamiento, una vez asumido el modelo de la terapia, el modificador propondrá este esquema en cada sesión:

- 1.Preguntar al paciente qué problema desea abordar esa sesión.
- 2.Delimitar los objetivos de esa sesión.
- 3.Evaluar el problema de acuerdo con el esquema A-B-C.
- 4.Debatir las creencias irracionales concretas que surgen en esa situación para llegar a adoptar las racionales y afianzar las ya existentes.
- 5.Revisar y discutir los autorregistros de las tareas realizadas entre sesiones.
- 6.Seleccionar y consensuar las siguientes tareas entre sesiones.
- 7.Ver qué circunstancias podrían facilitar o dificultar la realización de estas tareas y prepararse ante ellas.

25.4. Técnicas empleadas en la TREC

La TREC utiliza muchas técnicas y considera que se pueden emplear procedimientos de otras escuelas terapéuticas siempre que se haga de forma consistente con su modelo. Las técnicas se organizan, de acuerdo con su naturaleza, en: técnicas cognitivas, técnicas conductuales y técnicas emotivas.

Algunos de estos procedimientos son más característicos de la intervención en consulta, mientras que otras se emplean en mayor medida cuando se piden las tareas entre sesiones.

25.4.1. Técnicas cognitivas

A) Técnicas de persuasión verbal

Sirven para la discusión y el debate, y son las más características de la TREC. Los argumentos de los que se sirve la terapia para estos debates son los lógicos, los empíricos y los pragmáticos. Las técnicas que se emplean son:

1. Análisis y evaluación lógica: utilizan la validez lógica en la argumentación; esto es, ver si las premisas son falsas, por lo que la conclusión será falaz. Por ejemplo, "no me acuerdo de nada" (premisa). El modificador le hace ver que, por ejemplo, sí se acuerda de una película que vio ayer.
2. Reducción al absurdo: se asume la creencia irracional como correcta y se lleva hasta el extremo. Así el cliente ve el absurdo y se siente en la obligación de reformularla. (Por ejemplo, "está bien, eres incapaz de hacer nada correctamente, luego deja de criar a tus hijos, anula tus cuentas en un banco, ingresa en un sanatorio, etc.").
3. Análisis y evaluación empírica: se toman observaciones empíricas de la vida real para comprobar si es verdad la cognición. (Por ejemplo, el sujeto dice que es físicamente horroroso y todo el mundo le desprecia por ello; el modificador entonces irá analizando todos los datos, recogerá la información de otras personas, etc.).
4. Contradicción con el valor apreciado: el terapeuta pone de manifiesto que una creencia particular contradice otra valorada por el paciente. (Por ejemplo, "como eres inteligente no puedes creer que alguien sea capaz de ser apreciado por todo el mundo").
5. Reacción incrédula del terapeuta: se expresa incredulidad con el hecho de que se mantenga determinada creencia.
6. Apelar a las consecuencias negativas: el modificador detalla al cliente las

consecuencias negativas de albergar una determinada creencia inadaptada.

7. Apelar a las consecuencias positivas del cambio: en sentido contrario, el modificador también puede enumerar las consecuencias emocionales y conductuales positivas de adoptar una creencia racional.

8. Analogías negativas: se asocian sentimientos negativos a las cogniciones inadaptadas.

B) Entrenamiento en autoinstrucciones

En pacientes con menor capacidad de refutación cognitiva o dificultades intelectuales se utilizan autoinstrucciones. En esta técnica el paciente se dice frases racionales que previamente se han detectado y escrito en fichas; las leerá varias veces al día; y se las dirá, sobre todo, frente a acontecimientos activadores.

C) Utilización de la TREC con otras personas

En esta técnica, el modificador sugiere al paciente que ayude a familiares y amigos a hacer frente a sus problemas utilizando la TREC. De este modo, se allana el camino para que aclare sus dudas y lo interiorice como un método creíble.

D) Distracción cognitiva e imaginación

En alguna ocasión en que el paciente sufre un gran malestar emocional difícil de manejar, temporalmente se puede recurrir a métodos de distracción cognitiva (por ejemplo, concentrarse en relajarse como forma de distracción).

E) Autorregistros A-B-C

Por último, sobre todo para las tareas entre sesiones, el modificador pedirá al paciente que complete autorregistros del esquema A-B-C en los que añada el cuestionamiento de la creencia irracional, la generación de creencias

racionales alternativas y las consecuencias emocionales y conductuales de la creencia racional.

25.4.2. Técnicas conductuales

El objetivo de la TREC es el cambio de las creencias irracionales por las racionales y esta meta puede conseguirse también a través del cambio de comportamientos. Las técnicas propuestas por Ellis para ello son las siguientes:

A) Ensayo de conducta y entrenamiento en habilidades sociales

Consiste en representar en la consulta las situaciones en las que el cliente se siente mal o se comporta inadecuadamente. De este modo emergen las creencias irracionales y se debaten y ensayan nuevas creencias. Durante la interacción el modificador y el cliente alternan sus papeles.

B) Exposición a las situaciones temidas

En este caso, se pide al paciente que se enfrente a aquello que le da vergüenza o miedo debido a sus creencias irracionales. Pueden ser exposiciones en vivo, ejercicios para atacar la vergüenza, tareas de aceptación de riesgos, etc.

C) Refuerzos y castigos consecuentes

Se especifican y negocian refuerzos o castigos que el paciente se administrará por sí mismo en función de la realización o no de determinadas tareas. Esta técnica es especialmente útil para pacientes con baja tolerancia a la frustración y que, por esta razón, no ponen en práctica tareas que estimularían el cambio de las creencias irracionales.

25.4.3. Técnicas emotivas

A) Imaginación racional emotiva

Esta técnica, inicialmente ideada por Maultsby, es muy común en la TREC. Una vez relajado el sujeto tiene que imaginarse vívidamente una situación desagradable, y una vez introducido en la situación y descritas las emociones negativas, se le pide que cambie esas emociones por otras más adaptativas. Cuando lo consigue se le solicita que describa qué pensamientos utilizó para cambiar las primeras emociones. (En una variante de este método los pensamientos y las emociones imaginadas se planean previamente).

B) Técnicas humorísticas

Se usan con el objetivo de disminuir las exageraciones del cliente sobre la trascendencia o seriedad que da a las cosas; se resta así dramatismo y se ven como exageradas las exigencias absolutas. Es decir, estas técnicas permiten el distanciamiento del malestar y la tensión. En la práctica consisten en utilizar chistes, frases ingeniosas o irónicas, usar un lenguaje exagerado, llevar las cosas al extremo, hacer juegos de palabras, hablar en argot, inventar letras para canciones y cantarlas (por ejemplo, alguien que ha perdido su trabajo de horas en el ordenador inventa unos ripios: "los archivos borré y la jorobé / un día negro para mí ese fue").

C) Otras técnicas

Junto con las mencionadas, en la TREC se proponen con cierta frecuencia otras estrategias como escuchar y debatir grabaciones (con cintas grabadas de sesiones, o por lo visto en una película); biblioterapia (sobre todo con texto de la misma TREC); tareas de toma de riesgo (atreverse a llevar a cabo una tarea que fácilmente puede perturbar y debatir las ideas irracionales que genere); ejercicios de ataque de la vergüenza; o el entrenamiento en solución de problemas.

25.5. Campos de aplicación y evaluación crítica

La TREC se ha utilizado en una variadísima colección de trastornos y dificultades psicológicas; con enfoques grupales e individuales; con diferentes técnicas, tiempos de aplicación y distintos formatos. Solo a título

de ejemplo pueden citarse todos estos campos en los que existen publicaciones: problemas sexuales y de pareja (celos, disfunciones, etc.), terapia de familia, control de la ira, problemas de aserción, fobia social, ansiedad a hablar en público, tartamudez, ansiedad a los exámenes, problemas de adicción al alcohol y a las drogas, agorafobia, obsesiones, educación escolar, duelo, aplicaciones al deporte, a las relaciones laborales, etc.

Con todo, y a pesar de la eficacia en muchas de estas investigaciones, persisten las dudas sobre la potencia del enfoque teórico para justificar estas mejorías. Puesto que la TREC se sirve de exposiciones y muchas otras técnicas, cabe la posibilidad de que sean estos procedimientos los responsables de los resultados de la intervención. Qué papel juegue el cuestionamiento y el cambio de las creencias irracionales, cómo sea de eficaz el proceso pautado por la TREC, qué funcional o adaptativo sea mantener algunas creencias distorsionadas, por qué las ideas irracionales deben agruparse en diez categorías o por qué se hace prevalecer el orden A-B-C (es decir: los pensamientos se siguen de los acontecimientos activadores y, a su vez, son previos a las emociones) son cuestiones aún por determinar.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que la TREC encaja mucho mejor en sujetos de alta inteligencia, que valoran los procedimientos del método científico, de la lógica y la evidencia, y que son cognitivamente complejos. En cambio, sirve mucho menos a pacientes con baja tolerancia a la frustración, hostiles hacia otras personas, con dificultades de comprensión o con trastornos de la personalidad.

Las revisiones de los ensayos aleatorizados más importantes y actualizados evidencian que la TREC ofrece resultados parejos a los de un tratamiento farmacológico con fluoxetina para el tratamiento de la depresión; aunque la combinación de ambos métodos (TREC + fluoxetina) resultó lo más eficaz. También ha mostrado una eficacia significativamente igual que una terapia de conducta convencional para el tratamiento de varios trastornos de ansiedad, incluyendo los cuadros obsesivo-compulsivos, aunque se vio menos eficaz que la exposición en vivo para el tratamiento de la agorafobia. No obstante,

persiste la duda de qué componentes de la TREC fueron los responsables auténticos de estos resultados experimentales.

25.6. Ejemplo práctico: el caso de Teodoro

Teodoro, de veinticuatro años de edad, acude a consulta por ataques de pánico relacionados con un diagnóstico de epilepsia. En este momento ya no distingue bien si cuando experimenta ciertas sensaciones va a sufrir una crisis epiléptica o un pico de ansiedad. Dado que el paciente teme que las crisis de epilepsia puedan volver a aparecer, y que objetivamente tiene más probabilidades de que eso ocurra, se desdramatiza esta circunstancia y se pone en perspectiva la posibilidad de que en el futuro padezca otra crisis de epilepsia. Se ejemplifica así una de las estrategias cognitivas de la TREC.

M (Modificador): De acuerdo, Teodoro, es cierto que si te quitan la medicación tienes probabilidades de que te venga otra crisis. Pero ¿si vuelves a sufrir una crisis, que es lo peor que puede pasar?

T (Teodoro): Pues que tenga que volver a hacerme pruebas, volver al hospital, a tomar la medicación... en fin, no quiero ni pensarlo.

M: Pero la medicación volverá a controlar las crisis, ¿no?

T: Sí.

M: Y ¿no podrás hacer tu vida normal como hasta ahora con la medicación?

T: Sí...

M: ¿Te afecta en algún modo, de alguna manera, la medicación, tienes algún problema con ella?

T: No, no me da ningún problema. No sufro casi efectos secundarios.

M: ¿Tienes alguna dificultad en tomártela todos los días?

T: No, la verdad es que no me importa, y ya me he acostumbrado.

M: Entonces, ¿lo peor que te puede pasar si vuelves a tener alguna crisis es que te tengas que volver a tomar la medicación?

T: Si, bueno, la verdad es que tampoco parece tan grave lo de la medicación. Pero ¿y si me vuelve a dar cuando estoy conduciendo?

M: Vale, ¿cuánto tiempo conduces al día?

T: No sé, una hora a lo largo del día, más o menos.

M: Y como el día tiene veinticuatro horas, ¿qué probabilidades hay de que te dé conduciendo?

T: Pues no sé...

M: Vamos a calcularlas. Mira, un 4 por ciento de probabilidad de que te dé conduciendo.

T: Pero puede pasar.

M: Y también que te pegues un golpe con otro coche por culpa del otro conductor, o que por un despiste tengas un accidente. Conduciendo pueden ocurrir muchas cosas, pero si esto fuera algo muy grave, ¿dejarían conducir a la gente con historia de epilepsia?

T: Ya, bueno, pero puede pasar.

M: Sí, claro que puede pasar. Como también te podían haber dado las otras crisis conduciendo y te dieron en casa.

T: Ya...

M: Es normal que cuando te bajen o te quiten el tratamiento estés preocupado por si te da una crisis, pero con el paso del tiempo lo normal es que el miedo vaya desapareciendo. Además, seguramente vayas a

consultas con tu neurólogo que te irá informando de cómo está la situación.

T: Ya, si sé que me tendré que ir haciendo a la situación, pero ahora me asusta un poco.

M: Es normal; aun así, si quieres, cuando te quiten la medicación, vienes y vemos cómo va la cosa.

T: Vale, me parece una buena idea.

M: Muy bien. Pues ahora te vas a llevar esta hoja con las pruebas en contra y cada vez que tengas una sensación en la cara, como las que parecían predecir una crisis epiléptica, vas a leer detenidamente y con calma lo que pone aquí. Esto lo vas a hacer para que aprendas a valorar críticamente estas sensaciones, y no pienses directamente que es una crisis de epilepsia.

T: Vale. Pero ¿y si me vuelve a dar un ataque de pánico? ¿También tengo que ponerme a leerlas?

M: Sí, por supuesto, entonces es cuando debes leerlas porque pensar que es epilepsia es lo que hace aparecer el ataque de pánico.

T: Vale. Lo entiendo.

26

Terapia Cognitiva

A diferencia de la Terapia Racional Emotiva Conductual, concebida desde un principio como un modelo explicativo general del sufrimiento y la perturbación emocional y, en consecuencia, proyectada hacia el tratamiento de múltiples trastornos, la Terapia Cognitiva (TC) de Aaron T. Beck se gestó como una intervención dirigida específicamente a la mejora de la depresión. Y aunque, posteriormente, ha desarrollado un marco explicativo para otras condiciones psicopatológicas, la impronta que supuso este origen ha continuado siendo una seña de identidad y el campo donde su ensayo y promoción se ha cuidado más atentamente.

Con independencia de las bondades de la TC, así como de otras contribuciones notabilísimas de Beck entre las que se encuentra la elaboración de cuestionarios tan conocidos como el BDI, el BAI o la Escala de Desesperanza, las técnicas de activación conductual para las depresiones severas o la protocolización de su tratamiento que posibilitó la replicación y una abundantísima experimentación de la terapia, este autor sobresaldrá siempre como un clínico excepcional, con una capacidad admirable para escuchar a fondo a sus pacientes y comprender de verdad sus experiencias, y atender a las descripciones de sus pensamientos y emociones, por encima y libre de los diagnósticos, presupuestos, clasificaciones y manuales de su época. Fue esta actitud la que le permitió descubrir fenómenos de las personas deprimidas como las distorsiones cognitivas, los pensamientos automáticos o la ya consagrada tríada cognitiva.

En las páginas siguientes, se presentan los fundamentos de la TC y su método de implementación. Necesariamente, la brevedad de este capítulo impide ofrecer una visión pormenorizada de las derivaciones de este enfoque

terapéutico, sus variantes o su aplicación a trastornos para los que se ha usado posteriormente (en particular, la ansiedad, el trastorno bipolar, trastornos psicosomáticos, las dificultades de pareja y los trastornos de la personalidad).

26.1. Qué es la Terapia Cognitiva

A semejanza de Albert Ellis, Beck se formó como psicoanalista, pero descartó esta forma de trabajo al no hallar los resultados que deseaba. Sus investigaciones desde finales de los años cincuenta y durante los sesenta le llevaron a la formulación de lo que acabó denominando la Terapia Cognitiva (TC). En su gestación, influyeron claramente aspectos conceptuales del mismo psicoanálisis, pero también los planteamientos de la terapia de conducta y los trabajos cognitivistas de John Kelly o Jean Piaget, que determinaron su interés por los esquemas cognitivos, así como el paradigma del procesamiento de la información (y su metáfora del hombre como computadora).

A partir de las manifestaciones de sus pacientes, Beck descubrió que las personas deprimidas adquirirían una perspectiva pesimista provocada por las distorsiones con que veían e interpretaban su realidad. Más en concreto, observó que estas descripciones negativas se daban en tres áreas: uno mismo, el mundo y el futuro. Esto le llevó a idear técnicas encaminadas a corregir las distorsiones y a tratar de acomodar a la realidad el procesamiento de la información de sus pacientes deprimidos. Con el mismo objetivo, también comprobó que éxitos graduales que llevasen a la consecución de metas concretas (situaciones reales en la vida del sujeto) modificaban para bien el autoconcepto y, en consecuencia, mejoraban la sintomatología depresiva.

De acuerdo con el modelo de la TC, la respuesta (conductual o emocional) que se da ante un estímulo (una situación determinada) obedece a un proceso mental en el que se siguen las tareas de percibir, clasificar, interpretar, evaluar y asignar un significado; este proceso está en función de los esquemas cognitivos. Estos esquemas o "creencias nucleares" tienen que ver con la abstracción, la interpretación o el recuerdo de determinados elementos. Los esquemas se desarrollan a partir del conjunto de experiencias del

individuo en interacción con el medio y se consideran formados por creencias, suposiciones, actitudes, visiones del mundo y valoraciones de uno mismo.

Además de los esquemas, situados en el nivel más bajo o profundo del proceso, la TC identifica otra entidad que son los procesos cognitivos y que tendrían que ver con cómo es atendida, codificada, almacenada y recuperada la información. Cuando se lleva a cabo este proceso pueden surgir sesgos y errores (por ejemplo, atender solo a una parte determinada de los estímulos). Y estos sesgos, cuando son negativos (y congruentes con esquemas previos), se llaman "distorsiones cognitivas". Por último, en el nivel más alto del proceso, se encuentran los productos cognitivos, esto es, los pensamientos o imágenes resultado de la interacción entre la información del medio, los esquemas y los procesos cognitivos. Estos productos son denominados por Aaron Beck "pensamientos automáticos".

Para la TC, lo fundamental es que en trastornos emocionales como la depresión existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información. Así, cuando se está interpretando un estímulo se activan esquemas cognitivos negativos que llevan a cometer distorsiones en la apreciación del estímulo para facilitar un procesamiento coherente con los contenidos del esquema cognitivo. Cuanta mayor es la perturbación emocional del individuo, mayor es su potencial para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean. Por tanto, algunos individuos cometen un mayor número (y en mayor grado) de distorsiones cognitivas.

26.1.1. El modelo explicativo del origen de la depresión

Para explicar la depresión, Beck formuló un modelo de diátesis-estrés según el cual existe una predisposición (una vulnerabilidad cognitiva preexistente y relativamente estable) conformada por esquemas cognitivos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Esta predisposición se habría adquirido tanto por una predisposición genética como por experiencias personales negativas, aprendidas durante la infancia, por identificación con personas

significativas o por la percepción de actitudes negativas en otros.

No obstante, la depresión no aparecería hasta que un incidente crítico (por ejemplo, la muerte de una persona cercana, un despido, una ruptura, etc.) que guarda alguna conexión o similitud con la experiencia de la infancia, no activase ese esquema negativo que desencadena la depresión. Luego, a partir de esa activación, los productos cognitivos negativos y los sesgos en el procesamiento de la información continuarían alimentando la depresión. La existencia latente de esos esquemas negativos que pueden activarse explicaría por qué ante el mismo acontecimiento unas personas desarrollan una depresión y otras no.

Si la depresión es leve, los esquemas negativos activados se pueden contrarrestar mediante la activación de esquemas positivos. Pero ante una depresión más profunda, como son mayores los errores de procesamiento de la información, se produciría una distorsión cognitiva tan acusada que no se contrarrestaría únicamente con la activación de los esquemas positivos y haría falta una terapia con otros componentes.

Pero con independencia de dónde resida el origen de la depresión, de acuerdo con la TC las personas con depresión presentan tres características cognitivas comunes: la llamada tríada cognitiva, las distorsiones cognitivas y los pensamientos automáticos. Estos tres componentes se explican en los próximos apartados.

26.1.2. La tríada cognitiva

La tríada cognitiva negativa se refiere a tres esquemas, actitudes o creencias que inducen al individuo a percibir el mundo, el futuro y a sí mismo de forma negativa.

La visión negativa del mundo se materializa en que las demandas del medio se perciben como excesivas, insuperables; como consecuencia, dado que no se pueden afrontar, el mundo queda desprovisto de interés, gratificaciones o alegrías.

En la visión negativa del futuro se da la convicción de que ningún aspecto negativo que se perciba o experimente en el presente cambiará en el futuro (a no ser para peor); como consecuencia, llega la desesperanza.

Por último, la visión negativa de uno mismo se debe a que el individuo se percibe como inadecuado, incompetente y desgraciado.

Según Beck, de estos tres patrones cognitivos se derivan los síntomas afectivos, conductuales y emocionales de la depresión (fatiga, pasividad, indecisión, falta de energía, de motivación, dependencia, ideas de suicidio, etc.); y esta sintomatología sirve, a su vez, para confirmar y reforzar los pensamientos asociados a la tríada cognitiva.

26.1.3. Las distorsiones cognitivas

De acuerdo con el esquema antes explicado, los esquemas negativos activados llevarían a cometer errores en el procesamiento de la información o, lo que es lo mismo, distorsiones cognitivas. Estas distorsiones tienen una doble función: provocan sesgos a la hora de percibir el medio (así, un acontecimiento ambiguo o inocuo se percibe como negativo o peligroso); y mantienen la validez de las creencias negativas del depresivo acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.

Originalmente, Beck identificó seis tipos de distorsiones:

1. Inferencia arbitraria. Consiste en llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o, incluso, con evidencia contraria a la conclusión. Por ejemplo, creer que en una fiesta todos estaban esperando que uno se marchase, aunque aparentemente lo trataron con amabilidad.
2. Abstracción selectiva. Radica en valorar una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de su contexto e ignorando otros elementos relevantes. Por ejemplo, opinar que las vacaciones en el Caribe fueron un desastre porque el avión se retrasó dos horas en llegar hasta allí.

3. Generalización excesiva. Supone extraer una conclusión o regla general a partir de uno o pocos hechos aislados (o anecdóticos) y aplicarlo a todas las situaciones. Por ejemplo, dar por sentado que todos los taxistas son unos caraduras porque el último le llevó por un camino más largo del que podría haber tomado.
4. Magnificación y minimización. Es evaluar la magnitud o significación de un acontecimiento incrementando o disminuyendo su significación. Por ejemplo, en la minimización, sacar todo sobresalientes pero opinar que eso no significa nada y que en el futuro se podrá ser un profesional incompetente.
5. Personalización. Implica la tendencia y facilidad para atribuirse sucesos externos sin base firme para realizar esa conexión. Por ejemplo, creer que se ha sido negligente con el niño que ha cogido piojos, aunque en el colegio muchos otros niños los tienen y las profesoras permiten que jueguen todos juntos.
6. Pensamiento absolutista o dicotómico. Es la tendencia a clasificar todas las experiencias en una o dos categorías opuestas, seleccionando las categorías del extremo negativo para describirse a sí mismo. Por ejemplo, pensar que o se saca un sobresaliente o se es un fracasado.

Posteriormente, Beck y algunos de sus colaboradores han ido ampliando la lista con otras distorsiones como las de "leer la mente", el razonamiento emocional, los "debería", las etiquetas globales, la comparación, el perfeccionismo, etc.

26.1.4. Los pensamientos automáticos

Por último, los pensamientos automáticos se definen como las autoverbalizaciones, pensamientos o imágenes que aparecen en una situación (externa o interna) y que son el resultado de la interacción de los esquemas negativos, los acontecimientos activadores y las distorsiones cognitivas. Normalmente, están tan aprendidos (tan automatizados) que el paciente no

suele advertirlos o no los ve como algo cuestionable, sino como verdades.

26.2. Aplicación de la Terapia Cognitiva

Al igual que la TREC, la TC se presenta con un enfoque activo, directivo y estructurado. Ambos, igualmente, mandan tareas para casa y se centran en modificar los pensamientos irracionales o distorsionados, pues juzgan que en los patrones de pensamiento inadecuado se encuentra el origen de las perturbaciones emocionales presentes. No obstante, también pueden recalcarse algunas diferencias, como la mayor protocolización de la TC y su duración limitada, y el estilo más enérgico o cuestionador de las creencias de la TREC frente a la TC, que procuraría el cambio de forma más amable, colaborativa y más basado en la prueba empírica de las creencias. En pocas palabras, mientras que en la TREC se trataría de convencer al paciente, la TC procuraría demostrarle sus errores, aunque esta es una diferenciación más de énfasis o estilo que de fondo.

26.2.1. Cualidades del terapeuta de la Terapia Cognitiva

Para ejercer la TC con calidad y lograr una buena relación con el paciente deprimido, Beck y sus colaboradores han resaltado la necesidad de poseer y exhibir estas cualidades:

- a) Aceptación incondicional. En la TC es esencial manifestar aceptación incondicional hacia la persona del paciente. Ahora bien, tampoco ha de sentirse abrumado al trasmitírsele excesiva involucración, que podría interpretar como fruto de la gravedad de su estado o a que él personalmente despierta un interés especial en el profesional. Por esta razón, el terapeuta cognitivo debe preguntar cómo le percibe el paciente.
- b) Empatía. Es necesario para el modificador experimentar la vida desde el punto de vista del paciente; ver cómo estructura los acontecimientos y responde a estos. Para ello debe establecer una buena relación terapéutica, lo que se conseguirá si exhibe comprensión, si sintoniza con

sus sentimientos y actitudes y le acepta con sus defectos. Por supuesto, la empatía no debe llevar al profesional a creer al paciente sin ninguna comprobación objetiva, y no debe proyectar sus actitudes y vivencias en el paciente, ya que distorsionaría la información de este.

c) Autenticidad, franqueza y honestidad. La TC sostiene que la franqueza y ser genuino hace falta, pero eso no impide que se sea diplomático, ya que el paciente sesga su juicio y recuerdo, y atiende sobre todo a lo negativo de lo que se le haya podido transmitir. El modificador debe lograr la autonomía del paciente: que se exprese, hable y se comporte como necesite; aunque, a la vez, debe ser directivo, objetivo y discreto.

Por supuesto, estas destrezas terapéuticas deben combinarse con otras imprescindibles para un buen ejercicio profesional, como el conocimiento profundo de la depresión, las habilidades de entrevista, la familiaridad con el modelo cognitivo, las habilidades de escucha, la flexibilidad, el humor, la educación y la cortesía, etc.

26.2.2. El proceso terapéutico en la Terapia Cognitiva

Como se ha señalado, la TC es una intervención bien estructurada y de tiempo limitado. Las sesiones se organizan de acuerdo con objetivos, tal y como se expone a continuación.

En la primera sesión los objetivos son: 1) recoger información relevante; 2) explicar la naturaleza y los fundamentos teóricos de la TC; 3) conseguir una cierta mejoría de los síntomas; 4) esbozar los objetivos y el plan de tratamiento a seguir.

1. Para recoger la información y economizar tiempo, Beck propone el uso de autoinformes detallados del problema, del entorno, de enfermedades, de aspectos laborales, etc. El tratamiento debe iniciarse con los problemas más acuciantes pero también más susceptibles de intervención terapéutica; además, los problemas deben formularse de manera concreta (y cubrir las áreas afectiva, motivacional, cognitiva,

conductual y fisiológica).

- 2.El modificador también procurará entender el punto de vista del paciente, las ideas negativas hacia sí mismo, hacia la terapia y hacia el profesional mismo (y las razones en que se basa para tenerlas). Esto prepara al paciente para el punto de vista de la terapia cognitiva. Se aprovecharán ejemplos de la vida del sujeto, y el modificador ilustrará a través de ellos la relación entre pensamientos y sentimientos. Se trata de que el paciente observe cómo los pensamientos negativos provocan ansiedad, tristeza, angustia; mientras que pensamientos positivos traen consigo tranquilidad, esperanza y bienestar.
- 3.Comprender lo anterior sirve, así mismo, para aliviar algo el malestar y lleva a una cierta mejora; y esto, a su vez, conduce a una mayor motivación y colaboración terapéutica, además de para comenzar a entender la terapia como el medio para recuperar la esperanza. La TC postula que se deben formular preguntas muy concretas para que se puedan emitir respuestas específicas. Si las respuestas son correctas, el modificador dará un feedback positivo, lo que empieza a contar como experiencias de éxito y contrarresta las cogniciones negativas de incapacidad para hacer nada bien.
- 4.Cerca del final de la sesión, modificador y paciente seleccionarán una tarea que este pueda realizar sin problemas fuera de la consulta (por ejemplo, tareas de autoobservación, alguna actividad muy sencilla, un compromiso con algún familiar, etc.). Este primer ejercicio indicará al paciente que en la terapia será necesario completar tareas para casa y que su participación en el tratamiento es activa. El modificador debe explicar de forma comprensible cada paso del tratamiento.

El esquema de las siguientes sesiones es el siguiente: 1) comenzar la sesión revisando el estado general y concretar los objetivos de la consulta de ese día; 2) recordar lo tratado en la sesión anterior y su efecto durante la semana; 3) revisar los registros y las tareas programadas; 4) cuestionar y buscar evidencia empírica de los pensamientos automáticos, distorsiones y

creencias subyacentes surgidos durante la semana; 5) programar las nuevas actividades que llevar a cabo, preparando las dificultades con los procedimientos oportunos; 6) pedir feedback de la sesión habida y comentar lo que pueda ayudar a orientar la intervención.

Básicamente, por tanto, a lo largo de todo el proceso, se trabaja para eliminar los síntomas depresivos, ahondar en las estrategias de intervención y prevenir las recaídas. Para eliminar estos síntomas depresivos se utilizan ejercicios muy concretos y las estrategias siguen siempre un esquema: 1) aprender a evaluar las situaciones; 2) aprender a atender a todos los datos existentes en esas situaciones; 3) aprender a formular explicaciones alternativas para el resultado de las interacciones, y 4) poner a prueba los supuestos inadaptados llevando a cabo comportamientos diferentes.

Como las recaídas del estado de ánimo son esperables a lo largo de toda la terapia, se considera fundamental afrontarlas desde las primeras sesiones. Por eso, se explica al paciente que cabe esperar fluctuaciones en su estado de ánimo (incluso acabada la terapia), pero que esta circunstancia le servirá de oportunidad para identificar factores específicos de malestar y supondrá una ocasión para poner en práctica las técnicas adquiridas. El paciente debe vivir continuamente experiencias de éxito, por eso las tareas se gradúan en función de su dificultad.

Una vez que los síntomas depresivos se van reduciendo y los pensamientos negativos automáticos se van detectando y modificando, la fase final de la terapia se dedica a la detección de los esquemas cognitivos negativos para modificarlos y evitar que se activen en el futuro. Para lograr este objetivo, la TC sugiere seguir estos pasos: 1) identificar los pensamientos negativos ante situaciones concretas; 2) extraer los contenidos generales de estos pensamientos; 3) identificar los supuestos básicos de los contenidos generales.

A medida que avanza la terapia, el paciente se debe volver más activo y asumir más responsabilidades al diseñar tareas. Debe proponer directamente los temas que quiere tratar y exponer sus ideas y opiniones. La sesiones en

que se abordan los esquemas cognitivos serán menos estructuradas y más abiertas.

26.3. Técnicas de tratamiento

La TC combina procedimientos cognitivos con conductuales, además de otras técnicas. En los pacientes severamente deprimidos, se comienza por los conductuales para introducir más adelante los cognitivos. No obstante, el fin último de los primeros es ayudar a modificar los patrones de pensamiento distorsionados, pues hacer cosas que antes no hacía (y no se creía capaz de hacerlas) otorga al paciente un sentimiento de competencia que ayuda a su recuperación y prepara el camino para el cuestionamiento de sus creencias.

26.3.1. Técnicas conductuales

A) Programación de actividades

Es el procedimiento más habitual para empezar la intervención de la TC. Consiste en seleccionar una serie de actividades, ordenarlas jerárquicamente (desde la más sencilla a la más difícil y compleja para el paciente) y trazar un plan para implementarlas progresivamente. Estas actividades se orientan a recuperar rutinas saludables, proporcionar satisfacción y un sentimiento de eficacia. Su implantación levanta la escasa motivación del paciente, le saca de su inactividad o pasividad y de su ensimismamiento en las ideas depresivas. Además, le prueban que puede ser capaz de controlar su tiempo. Deben programarse con mucho tiento, pues hay que ser realista con las posibilidades presentes del paciente y se deben plantear siempre con un carácter progresivo. De esta manera se evita que fracase al acometerlas, algo de todo punto inadecuado. El paciente debe recibir el reforzamiento directo que supone la consecución del objetivo (y comprobar así, él mismo, cómo mejora y vuelve a ser capaz de hacer cosas), pero también indirecto, con el comentario verbal sobre el éxito de su esfuerzo. Es conveniente que el paciente lleve un registro de estas actividades, incluyendo en él su nivel de agrado y su dominio (lo que le cuesta hacerla) al ejecutarlas.

Convencionalmente, se usa para este propósito una escala de 0 a 5.

B) Role-playing

Esta técnica se emplea en las sesiones. Consiste en ensayar conductas para comprobar o descartar hipótesis del paciente acerca de su capacidad, competencias, etc. Por tanto, su intención es la de hacer un experimento o una prueba. Por ejemplo, un paciente puede creerse incapaz de llamar a la compañía del gas para cambiar la domiciliación de los recibos. El modificador le pide que finjan en la consulta la llamada y que él hará de telefonista de la compañía. Si surge alguna dificultad pueden probar varias veces o el modificador puede servir de modelo en algún momento. Esta situación permitirá al paciente comprobar que sus pensamientos sobre su incapacidad están magnificados y que sí puede llevar a cabo las conductas que teme afrontar.

C) Técnicas de afrontamiento

Además de las anteriores, el modificador puede recurrir a otras técnicas que ayuden al paciente a desafiar sus creencias sobre su incapacidad de hacer cosas, su inhabilidad o su incompetencia, o las referentes a que las exigencias del mundo sobrepasan sus posibilidades. Las más empleadas son: 1) el control de estímulos (en especial, aplicado a los problemas de sueño); 2) la exposición graduada; 3) el control de la respiración o la relajación (en aquellos casos en que pueda haber también síntomas de ansiedad), y 4) el entrenamiento en asertividad.

26.3.2. Técnicas cognitivas

A) Uso de autorregistros

Desde el inicio de la TC se pide al paciente que realice registros sobre sus sentimientos, pensamientos y acontecimientos asociados, valorando de 0 a 100 cómo se encuentra. Gracias a esta información, por un lado, es posible contar con una línea base que permite comprobar la mejoría en el estado de ánimo, y, por otro, se dispone de información fiable para conocer las situaciones, personas o actividades más asociadas a un bajo o alto estado de

ánimo. El registro diario de pensamientos distorsionados tiene en un principio una finalidad evaluativa, pero posteriormente se vuelve una técnica de intervención: como se recogen las emociones y los pensamientos automáticos que surgen en una situación, luego, se puede proponer una respuesta racional consecuente; así, es posible someter los pensamientos a "pruebas de realidad" en que el modificador con el paciente examine la evidencia a favor y en contra, y descubrir (el paciente) por sí mismo los sesgos que comete cuando recoge o analiza la información.

B) Descubrimiento guiado

Este procedimiento tiene un carácter socrático, y pretende servir para que el paciente cuestione por sí mismo sus creencias disfuncionales. En la aplicación de esta técnica, el modificador guía al paciente a través de preguntas abiertas y, así, puede percatarse de sus asociaciones y argumentaciones, muchas veces poco justificadas. Las preguntas que formula el terapeuta tienen que ver con la evidencia a favor o en contra de esos pensamientos, las formas alternativas de pensar y las consecuencias de pensar de esa manera. Así, por ejemplo, el modificador puede preguntar al paciente: "Entonces ¿en qué te basas para decir que nunca podrás salir de esta situación y volver a hacer tu trabajo?". O, posteriormente, una vez que el sujeto ya sabe que sufre distorsiones cognitivas y sesgos atribucionales: ",Qué alternativas plausibles puedes estar rechazando?". Finalmente, otras preguntas de este método tratarían de detectar los esquemas cognitivos y cuestionarlos: ",Y qué ocurriría si efectivamente es así, si no es posible hacer un trabajo igual que el que llevabas antes a cabo?".

C) Otras técnicas cognitivas

Las más empleadas en la TC son las técnicas de reatribución y conceptualización alternativa, que se dirigen a incrementar la objetividad del paciente; y las técnicas basadas en la imaginación.

La técnica de reatribución se usa cuando el paciente se atribuye la responsabilidad de los acontecimientos negativos o se culpabiliza por

cualquier circunstancia adversa. Para lograr que sea más objetivo se le pide que revise los hechos, distribuyendo las responsabilidades o cómo se aplicarían si juzgase a otra persona. Su objetivo es conseguir que la persona deprimida no haga siempre atribuciones internas, estables y globales cuando algo le sale mal, y externas, inestables y específicas cuando algo lo hace bien.

La técnica de la conceptualización alternativa se refiere a la búsqueda activa de interpretaciones o soluciones alternativas a los problemas del paciente. Se compensa así la tendencia a considerar irresolubles los problemas. Para ello, hay primero que definir el problema de forma clara y luego buscar múltiples soluciones, a semejanza de lo que pasa con la técnica de solución de problemas.

Las técnicas basadas en la imaginación se utilizan cuando predominan las imágenes sobre los pensamientos. En ellas se procura que, gracias a imaginar una situación, se modifiquen para bien los sentimientos, los pensamientos y las conductas.

Las más comunes son: 1) parada de imágenes (semejante a la parada de pensamiento); 2) repetición continuada (buscando la saciación); 3) proyección temporal (poner las imágenes en un momento temporal distinto: que se imagine, en cuanto surja la imagen, qué ocurre una semana, un mes y un año después); 4) imaginar metáforas (que se imagine nuevas alternativas al problema con imágenes metafóricas); 5) parada de imagen catastrofista (ante imágenes supuestamente catastróficas trate de incluir tantos datos objetivos como sea posible: también los positivos, agradables o neutros); 6) imaginación inducida (que transforme una imagen negativa en otra más neutra o positiva, a fin de que vaya controlando más su imaginación); 7) repetición de metas (que repita en su imaginación las conductas y acciones deseadas y las autoinstrucciones positivas); 8) imaginación positiva (generar fantasías o imágenes positivas, con independencia de sus imágenes negativas, así reduce el tiempo de estas y se distrae); 9) imaginación de estrategias de afrontamiento (que se incluirán progresivamente).

26.3.3. Técnicas emotivas

Además de las técnicas conductuales y cognitivas, existen otros procedimientos centrados en las emociones y a los que se puede recurrir en muchas ocasiones. Aquí se presentan las más características de la TC.

Inducción de la autocompasión. Es una técnica que se puede proponer a pacientes con necesidad de desahogarse y a los que les cueste hacerlo. El modificador puede proponer varios métodos para que el paciente se ponga en contacto con su tristeza y llore. No obstante, debe manejarse con cuidado, pues un exceso de autocompasión o llanto en determinados pacientes depresivos puede incrementar el malestar.

Inducción de la cólera controlada. En este caso se busca la expresión de enfado con la vida, con determinadas personas o con la situación.

Distracción externa. En ocasiones, distraerse viendo la televisión, llamando por teléfono, jugando a las cartas, viendo una película, fijándose en un entorno agradable, etc., puede aliviar la depresión durante un tiempo, lo que reconforta y permite cobrar fuerzas para seguir adelante.

Hablar solo de forma limitada de los sentimientos. Es una recomendación muy adecuada para determinados pacientes deprimidos. Consiste en enseñar a no hablar permanentemente con las personas de alrededor de su tristeza, pena, dolor, pues esto puede incrementar esas emociones.

Evitar verbalizaciones internas catastrofistas. Se procura que el paciente cambie su discurso interno y no se diga a sí mismo siempre que es imposible soportar su situación, que su vida es insufrible, etc. Como alternativa a estas verbalizaciones se le propone que se diga frases referentes a su fortaleza para soportar el sufrimiento, su aguante ante la adversidad, etc.

Análisis de la responsabilidad. En este caso, para manejar los sentimientos de culpa, tan comunes en la depresión, se propone al paciente que se siente responsable de todo lo negativo un análisis detallado de las razones en las que se basa y se extraen conclusiones de su excesivo sentido de la responsabilidad.

Otras técnicas. Además de todas las mencionadas, en la TC existen técnicas que pueden proponerse en algunas ocasiones para ayudar al paciente a hacer disminuir la vergüenza o para aliviar la ansiedad, que siente; o se aconseja bibliografía de apoyo. Igualmente, se incluyen técnicas como el cuestionamiento de las reglas preestablecidas, los "debería" o "tendría que", o bien se emplee la "técnica de la flecha descendente" (ahondar en el miedo o temor último), la de "actuar como si", o la de "promover una nueva imagen de mí mismo".

26.4. Ámbito de aplicación y evidencia de resultados de la Terapia Cognitiva

Como ya se ha dicho, la TC nació como tratamiento contra la depresión (y en ese sentido se ha expuesto en este capítulo), pero en la actualidad también se ha empleado para muchos de los trastornos de ansiedad (ataques de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, trastorno de estrés postraumático, agorafobia, obsesiones y compulsiones, etc.), en los estados paranoides, en el abuso de alcohol, ante problemas sexuales, en trastornos de la personalidad, en trastornos de alimentación o en pacientes bipolares. De acuerdo con el modelo teórico, se ha dado por supuesto que en todos estos trastornos hay cogniciones subyacentes distorsionadas y errores en el procesamiento de la información; no obstante, en cada uno de ellos se establecen los aspectos específicos del sistema cognitivo y se recurre a otras técnicas más indicadas para tratarlos.

La evidencia empírica de una amplia cantidad de estudios reunidos hasta la fecha ha demostrado que la TC es eficaz para el tratamiento de la depresión. Sus resultados igualan a los de la terapia farmacológica en las depresiones leves o moderadas, aunque no así en las severas, en las que su eficacia parece bastante más limitada. Sin embargo, los estudios que han analizado más pormenorizadamente los componentes realmente eficaces de la TC parecen demostrar que son las estrategias conductuales - y, en particular, la programación jerárquica de actividades - las que realmente producen estos buenos resultados. En consecuencia, la importancia de añadir la parte de reestructuración cognitiva quedaría en entredicho.

Por otro lado, la investigación más reciente sobre depresión no ha dejado clara la conexión entre cambios cognitivos y desaparición de la sintomatología depresiva; ni tampoco la explicación de la depresión a través del modelo de diátesisestrés. Suponer que todo el espectro depresivo (y todas sus manifestaciones) parten de las cogniciones negativas es algo muy aventurado, con lo que se pone en cuestión la base de la TC. Sin duda, existen factores biológicos, químicos, sensitivos, modelos de indefensión, interrupciones de rutinas, etc., que pueden jugar un papel importante en la depresión. No hay duda de que las distorsiones cognitivas o que la tríada cognitiva negativa están presentes en la depresión pero su papel como disparadores, mantenedores o meros acompañantes queda por dilucidar; por eso, articular todo el tratamiento hacia su modificación puede resultar un esfuerzo terapéutico cuestionable. Dicho todo esto, a día de hoy el tratamiento desde la TC, sea por los componentes o los mecanismos, continúa representado una de las primeras opciones terapéuticas para las personas que padecen una depresión.

26.5. Ejemplo aplicado: el caso de Berta

Berta, de treinta y siete años de edad, está en consulta a petición de sus familiares, ya que, según explican, desde que tomó el control de la tienda de su pareja (que se encuentra en baja laboral prolongada) su estado de ánimo ha empeorado significativamente. Durante la evaluación se observa que Berta siente una gran responsabilidad sobre el funcionamiento actual de la tienda y que se culpabiliza por todo lo que ocurre en ella. En este fragmento de la terapia, el modificador aplicó la técnica de la reatribución de la TC.

M (Modificador): Bueno, Berta, ¿qué tal va la tienda?

B (Berta): Muy mal, yo ya no sé qué hacer, cada cosa que hago empeora más aún la situación.

M: ¿Te preocupa que tu pareja te culpe?

B: ¿Cómo no lo va a hacer?

M: ¿Crees que si la tienda está pasando por un mal momento es por tu culpa?

B: Es que ahora el cien por cien de la responsabilidad es mía.

M: Te propongo un ejercicio. Yo te voy a contar un caso y vamos a ver de quién es la responsabilidad de lo que ha pasado. ¿Qué te parece?

B: Como quieras.

M: Quiero que te imagines que a una persona se le ha quedado duro el pato a la naranja que estaba cocinando. Ahora quiero que en este círculo me dibujes qué porcentaje de responsabilidad le corresponde a la persona que ha preparado este plato.

B: Toda la responsabilidad es suya.

M: ¿Has preparado pato a la naranja alguna vez?

B: No, la verdad.

M: ¿Conoces a alguien a quien se le haya quedado duro?

B: Hum... Sí, ahora recuerdo a una.

M: ¿Es posible que sea un plato complicado de preparar?

B: Es posible.

M: Entonces, ¿es posible que la dificultad de la comida juegue un papel?

B: Sí, es posible.

M: Vale, ¿qué porcentaje crees que se debe a esto?

B: No sé, ¿un 15 por ciento?

M: Vale. ¿Es posible que alguien la distrajera?

B: Puede ser. Sí pasó... claro que pudo influir

M: ¿Qué porcentaje le darías?

B: ¡Uffff!, un 25 por ciento, pero si pasó.

M: No está mal, ya no está tan claro que esa persona sea responsable al cien por cien. Vamos a seguir. ¿Es posible que le hubieran vendido un pato viejo y duro, muy difícil de ablandar?

B: ¡Claro! Puede ser.

M: ¿Y qué porcentaje tendría eso?

B: Bastante, ¿un 30 por ciento?

M: Sí, parece razonable.

[Siguen poniendo causas.]

M: Lo has hecho genial. Con este ejercicio hemos ido buscando diferentes causas con algún porcentaje de responsabilidad en un acontecimiento. ¿Te das cuenta?

B: Sí. ¿Pero para qué me sirve esto?

M: Verás, era una preparación, porque ahora lo que pretendo es que lo intentemos con tu caso. Quiero que te imagines que es a otra persona a la que le ocurre. Hace un rato me has dicho que el cien por cien de la responsabilidad era tuya, ¿sigues pensando lo mismo?

B: La verdad es que sí.

M: Vale. Imagínate que una persona es el gerente de una tienda de alimentación, chucherías, bebidas y comestibles, y comienza a perder

clientes. ¿Qué parte de responsabilidad tiene?

B: El cien por cien. Él es el responsable de lo que le pase a su negocio.

M: Vale. ¿Es posible que el momento de crisis financiera que estamos viviendo influya algo en la pérdida de clientes?

B: Bueno, puede ser.

M: ¿Qué porcentaje dirías?

B: Yo que sé... un 25 por ciento.

M: ¿Qué más puede estar influyendo?

B: ¿Tiene algún centro comercial cerca?

M: No lo sé, dímelo tú.

B: Sí, tiene. Y, además, ha abierto hace poco y es verdad que eso, al menos al principio, atrae mucha clientela.

M: ¿Porcentaje?

B: Un 30 por ciento.

M: ¿Qué más puede estar pasando?

B: No lo sé.

M: ¿Es posible que las necesidades hayan cambiado?

B: ¿A qué te refieres?

M: A que la gente ya no compre tantas chucherías o se prive de determinadas bebidas, aunque les apetezcan.

B: Es posible.

M: ¿Qué porcentaje le darías?

B: Un 25 por ciento.

M: ¿Alguna cosa más?

B: Bueno, ahora justo no está haciendo muy buen tiempo, llueve mucho, y parte de lo que la gente me compra (bebidas, chucherías...) puede tener que ver con eso.

M: Vale, ¿a cuánto equivaldría?

B: Tampoco mucho, no sé, un 5 por ciento.

M: Bueno, fíjate en el resultado final del diagrama, esta persona al final tiene el 20 por ciento de la responsabilidad. Hay muchas más cosas que influyen en un hecho y la mayoría de ellas no pueden solucionarse, ya que no dependen de uno mismo. ¿Te das cuenta?

B: Ya, pero no es fácil verlo.

M: Lo entiendo, y quiero que trabajes con este ejercicio en casa. De esta manera podrás analizar de forma más realista los sucesos. Además, fíjate que no tiene que ver con que alguien se despreocupe, un 20 por ciento de la venta, ya lo sabes tú, es importante. Pero el otro 80 por ciento no debe achacárselo uno mismo.

B: Sí, lo entiendo.

M: Pero tengo que insistirte en que lo pienses y practiques en casa, para que esta forma de pensar se automatice.

B: De acuerdo, lo intentaré.

27

Terapia de Solución de Problemas

Con fundamentos en las técnicas cognitivas y elementos del proceso conductual, la Terapia de Solución de Problemas (TSP) ha acabado por conformar un entrenamiento polifacético que se propone en muchas intervenciones cognitivoconductuales como estrategia complementaria, según se ha podido comprobar en este mismo volumen por su inclusión en el caso de la Inoculación de estrés, las Autoinstrucciones, la TREC o la TC. Aunque sus autores, en particular D'Zurilla y Nezu, la conciben hoy en día como una terapia propia o independiente, en versiones simplificadas y más breves es un componente añadido al tratamiento de cuadros tan disímiles como la depresión, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos de la personalidad, los trastornos adaptativos, y también a los trastornos de la salud (dolor crónico, artritis reumatoide, cáncer, trastornos cardiovasculares, etc.).

No obstante, considerando su misma naturaleza, la TSP trasciende el ámbito de lo clínico y se significa como una herramienta especialmente útil ante circunstancias vitales que no son trastornos, pero que pueden perturbar hondamente, como por ejemplo en la toma de decisiones comprometidas (en problemas de pareja, laborales, económicos, de estudios, etc.), en situaciones de soledad o de dificultades en las relaciones interpersonales (familiares, sociales), o, incluso, en circunstancias en que se necesitan alternativas creativas para dar respuesta a demandas del entorno; por eso, su entrenamiento también se ha asociado a los problemas por déficit de habilidades sociales.

En este capítulo se presenta de forma sintética la aplicación de la TSP, destacándose, sobre todo, el proceso que sigue el entrenamiento de las cinco fases en que se divide el procedimiento; así, resultará más factible uno de los

objetivos señalados: incorporarla al arsenal de técnicas de la intervención cognitivoconductual. Aunque aquí se presentará solo el modelo más conocido y divulgado - la TSP diseñada originalmente por Goldfried y D'Zurilla - es importante saber que existen varias terapias o modelos de solución de problemas. Entre estos, destaca la "Ciencia Personal" (del acrónimo original en inglés "SCIENCE") propuesta por Mahoney, e incorporada al paquete multicomponente de tratamiento de personas con obesidad; y la terapia de solución de problemas interpersonales de Spivack y Shure, de amplia aplicación en niños y adolescentes que sufren problemas de ajuste social, impulsividad e inhibición.

27.1. Qué es la Terapia de Solución de Problemas

Básicamente, la Terapia de Solución de Problemas (TSP) se define como una intervención cognitivo-conductual dirigida a ganar eficacia para solucionar problemas. De acuerdo con D'Zurilla y Nezu, la TSP serviría tanto para eliminar problemas psicopatológicos como para mejorar el funcionamiento psicológico y conductual, prevenir recaídas o la aparición de nuevos problemas clínicos, y maximizar, de este modo, la calidad de vida de las personas. Su denominación más completa sería Terapia de Solución de Problemas Sociales, pues los autores quieren abarcar tanto los interpersonales (problemas con otras personas) como los personales (los propios, como por ejemplo un problema de dolor crónico) e incluso los impersonales (por ejemplo, un problema económico). Además, la TSP debe concebirse como un entrenamiento con una triple vertiente: un proceso de aprendizaje, una estrategia general de afrontamiento y un método de autocontrol.

Probablemente, la aportación más notable de esta terapia consiste en haber formalizado una secuencia de decisiones que garantiza decantarse por la mejor alternativa posible que uno mismo puede concebir (con los datos con que cuenta en ese momento) y ponerla en práctica. Naturalmente, no se trata siempre de la decisión ideal, pero la investigación ha demostrado que, tras el entrenamiento, las alternativas que se generan e implementan son de calidad y que las personas mejoran significativamente en esta destreza.

El surgimiento de las distintas terapias de solución de problemas se han debido, en opinión de D'Zurilla, a cuatro hechos relevantes: 1) el desarrollo de investigaciones sobre la creatividad (dentro de la cual surgió la idea de Osborn de la "tormenta de ideas"); 2) la aplicación de los procedimientos de competencia social a la psicopatología, desechando los modelos médicos tradicionales sobre enfermedad; 3) el desarrollo y expansión de las técnicas cognitivas en la modificación de conducta (considerando así que el control del propio sujeto tenía su importancia en el bienestar), y 4) el desarrollo de la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (en las transacciones persona-ambiente importarían las demandas ambientales, pero también la competencia de las personas al hacerles frente).

Para D'Zurilla hay diferencias de unas personas a otras en la habilidad para resolver problemas. Los que tienen bien desarrollada esta destreza poseen mayor competencia social, mientras que aquellos que adolecen de ella pueden manifestar distintas dificultades, aunque pueden ser entrenados de manera efectiva y adquirir los niveles de destreza suficientes para resolver problemas cotidianos y hasta clínicos.

Aunque pueda parecer un entrenamiento exclusivamente cognitivo, el papel de las emociones es importante en la TSP. Suelen surgir emociones en el proceso, y su curso puede facilitar o entorpecer la tarea. Esto dependerá de su valoración subjetiva (placer frente dolor), de su intensidad y de su duración. Ciertamente, las emociones influyen de forma clara en el reconocimiento del problema (el sentirse mal en una situación puede facilitar el detectar que hay un problema), en la generación de alternativas (un estado anímico más positivo favorece el surgimiento de más ideas) y en la evaluación de las alternativas y de la puesta en práctica (la ansiedad y el miedo pueden impedir una evaluación objetiva y bloquear la puesta en práctica de una buena solución). Por todo esto, el conocimiento y el control de las respuestas emocionales constituye un prerrequisito para que el proceso transcurra adecuadamente. Si las emociones perjudican el tratamiento, antes de entrar en el proceso de solución de problemas habrá que trabajarlas (quizás con técnicas como las autoinstrucciones, la relajación, la DS, con

procedimientos de reestructuración cognitiva, etc.).

27.2. Conceptos clave y evaluación en la Terapia de Solución de Problemas

En la secuencia que se sigue para la solución de problemas se ponen en marcha habilidades de distinta naturaleza, que deben coordinarse, y, en muchos casos, entrenarse previamente. Estas habilidades proceden de diferentes niveles del manejo de la información. Más en concreto, D'Zurilla habla de tres niveles con componentes necesarios para el proceso de solución de problemas según su enfoque. Son los siguientes:

1. Cogniciones de orientación al problema. Se definen como variables cognitivas generales (metacognitivas) que orientan a la hora de ponerse a solucionar conflictos. Las más importantes son: la percepción del problema (reconocimiento y calificación del problema), las atribuciones causales, la valoración del problema, las creencias sobre el control personal, los valores respecto al compromiso de tiempo y esfuerzo para solucionar problemas, etc. En la secuencia propuesta por D'Zurilla y Nezu, forman el primer paso.
2. Habilidades de solución de problemas específicos. Son variables de un nivel intermedio y forman una secuencia de pasos o tareas específicas dirigidas a una meta. En la secuencia de la TSP son los elementos siguientes a la orientación hacia el problema, y corresponden a la capacidad para definir y formularlo, el generar una lista de soluciones alternativas, el tomar una decisión, el implementar la solución y el evaluar el resultado. Desde el punto de vista conductual, el proceso puede concebirse como un encadenamiento de conductas.
3. Habilidades básicas de solución de problemas. Suponen el nivel más específico y estarían dentro de las fases descritas en el punto anterior. D'Zurilla afirma que aún se conocen poco. Algunas de ellas son: la sensibilidad hacia los problemas (habilidad para reconocer que un problema existe), el pensamiento alternativo (capacidad para generar soluciones alternativas), el pensamiento medios-fines (habilidad para

conceptuar qué medios se precisan para llegar a una meta), el pensamiento consecuencial (habilidad para anticipar consecuencias) y la toma de perspectiva (habilidad para percibir una situación desde la perspectiva de otra persona).

En el proceso de valoración de la pertinencia de la TSP para los problemas que presenta el sujeto, además de las consideraciones habituales para la elaboración del análisis funcional, hay que llevar a cabo una evaluación de las habilidades, redes sociales, capacidades interpersonales, capacidades cognitivas y respuestas emocionales ante la toma de decisiones. Así mismo, se han desarrollado algunos cuestionarios que permiten estimar la competencia previa de los sujetos en su capacidad de solución de problemas. El más importante y actualizado es el SPSP-R (Social Problem Solving Inventory-Revised), que tiene adaptación española. No obstante, como cuestionario autocompletado presenta los lógicos problemas de validez derivados de las dudas o desconocimiento que los sujetos pueden tener respecto a su propia competencia en esta destreza. Los análisis factoriales del instrumento han sacado a la luz dos dimensiones implícitas de la estrategia de solución de problemas y que son: 1) la orientación hacia el problema (positiva o negativa) y 2) los estilos de solución de problemas (que se dividirían en: racional, impulsivo y evitativo).

27.3. Secuencia de aplicación de la Terapia de Solución de Problemas

La TSP es una terapia breve, de unas doce a quince sesiones si se aplica el protocolo completo, bien sistematizada, directiva y focalizada en problemas concretos. El entrenamiento incluye componentes educacionales, ejercicios prácticos de resolución de situaciones problemáticas (para ensayar y asentar las habilidades) y tareas para casa. Tiene modalidades de aplicación en grupo, pareja o familia. Puede, como ya se ha dicho, formar parte de un paquete más amplio de tratamiento cognitivo-conductual, y cuenta con modalidades de aplicación a través de literatura de autoayuda (manual para el paciente, internet, etc.). Toda esta variedad es una muestra su notable versatilidad.

Con su implementación se busca: 1) incrementar la orientación positiva

hacia los problemas (y reducir la negativa); 2) promover las estrategias racionales (identificar bien el problema, generar soluciones, analizar los costes y beneficios de esas soluciones, decidir un plan para implementar la solución, ponerlo en marcha, monitorizar su efecto y valorar sus resultados, y 3) minimizar las estrategias no adaptativas al resolver problemas, como la impulsiva (responder con la primera alternativa pensada sin analizar sus desventajas) o la evitativa (aplazar cualquier solución o recurrir siempre a otras personas para que le presten ayuda).

En muchos casos, se recomienda no empezar la práctica con el problema real y esencial del paciente, sino entrenarla primero con problemas hipotéticos y de menor implicación personal. En los puntos siguientes se describen con más detalle los objetivos y las características de las cinco etapas de la secuencia.

27.3.1. Orientación hacia el problema

Esta fase resulta crucial para todo el proceso posterior. Sin una actitud positiva hacia el problema y sin la confianza en la propia capacidad para resolverlo, difícilmente podrá tener éxito la secuencia que propone la TSP. Lo nuclear de esta fase es concebir el problema como una oportunidad y no como una amenaza. Para empezar, se procura que el sujeto acepte el hecho de que las situaciones problemáticas forman parte de la vida cotidiana y de que es posible hacerles frente y superarlas. También se enseña a reconocer situaciones problemáticas cuando aparecen y a inhibir la tendencia a reaccionar de forma impulsiva o evitativa. Por eso, el sujeto debe aprender a distraer la atención de los pensamientos negativos y centrarse en aquellos que faciliten una buena solución de problemas.

Como objetivos concretos de esta fase se incluyen: 1) incrementar la sensibilidad hacia los problemas y decidir la ocasión para la activación de la secuencia de solución de problemas; 2) centrar la atención en expectativas positivas de solución de problemas; 3) maximizar los esfuerzos y la persistencia en vista de los posibles obstáculos y del estrés emocional, y 4) minimizar la angustia emocional perjudicial mientras se maximiza la

probabilidad de estados emocionales positivos y facilitadores de la resolución.

Como variables implicadas en esta fase se encuentran: 1) la percepción del problema, que implica su reconocimiento y etiquetación (y mirar el problema dentro de la situación en que se produce y no en abstracto); 2) la atribución del problema (una atribución adecuada de los problemas pasa por atribuir al ambiente su causa junto con factores personales transitorios); 3) el control personal, con sus dos componentes: la probabilidad de que un individuo perciba el problema como controlable y resoluble, y la probabilidad de que un individuo se vea capaz de solucionar un problema por su propio esfuerzo, y, por último, 4) el compromiso tiempo/esfuerzo, que también cuenta con dos componentes: la probabilidad de que un individuo estime correctamente el tiempo que le llevará solventar un problema adecuadamente y la probabilidad de que quiera dedicarle el tiempo y el esfuerzo que exige su solución. Lógicamente, cuando se cree que se va a resolver es más probable que le dedique más tiempo y esfuerzo; y si surgen obstáculos que se afronten con más ánimo.

27.3.2. Definición y formulación del problema

En esta fase se recopila información sobre el problema basándose en los hechos más que en interpretaciones o atribuciones de intencionalidad. Por eso, toda esta información se debe recoger en términos concretos y operativos. Debe evitarse, puesto que es un error frecuente de esta fase, el anclaje del individuo en cómo debería ser la situación y no en cómo es realmente. Cuando la persona acepte la situación real y así la defina, podrá seguir la secuencia.

La formulación del problema debe ser concreta, operativa y realista (en vez de vaga, imprecisa, irreal, etc.). Problemas vagamente definidos como "tengo muchos nervios" o "tengo una mala relación con mi pareja" no permiten adoptar soluciones eficaces. En cambio, sí pueden abordarse cuando están expuestos respectivamente de este otro modo: "Desde hace tres meses no salgo solo a la calle, no entro en cines o en grandes almacenes y evito

llamar a conocidos y amigos" o "No tengo relaciones sexuales con mi pareja desde hace medio año, discutimos casi a diario, no hacemos casi nada juntos y en casa estamos como conocidos que llevan vidas en paralelo".

Desde esa definición se establecerán las metas lógicas. En ocasiones, esto puede implicar aceptar que, para determinados problemas, es imposible hallar la solución que exactamente se querría y que solo podrá lograrse una solución parcial o a medias.

Los objetivos de esta fase podrían sintetizarse así: 1) obtener información relevante sobre el problema (sirviéndose de hechos objetivos y de distintas fuentes independientes); 2) clarificar la naturaleza del problema; es decir, ver si se trata de un problema real o no, si proviene de un problema anterior, si es parte de un problema más amplio, si es episódico (por ejemplo, discusión de un día con el marido) o general y permanente, etc. Para comprobarlo, hay que tener en cuenta la discrepancia entre lo que es (condiciones presentes) y lo que debería ser (lo que se demanda o desea); y se debe especificar qué condiciones actuales resultan inaceptables, qué cambios se desea o se piden y qué obstáculos impiden conseguirlo; 3) establecer una meta realista de solución de problema, y 4) reevaluar la importancia del problema para el bienestar personal y social de esa persona.

27.3.3. Generación de alternativas de solución

En esta fase el objetivo es generar el mayor número de soluciones alternativas para el problema puesto que así se maximiza la posibilidad de dar con la idónea. Para lograrlo hay que librarse de hábitos y convenciones sociales, que bloqueen la creatividad, por ejemplo, las respuestas automáticas, impulsivas o basadas en lo pasado. Además, hay que tener en cuenta que las primeras soluciones que vienen a la mente no suelen ser las mejores.

Existen tres principios que deben seguirse estrictamente en esta fase: 1) el principio de cantidad: cuantas más soluciones alternativas se produzcan más calidad de ideas habrá, y, con más probabilidad, se encontrará la mejor solución; 2) el principio de aplazamiento del juicio: se generarán mejores

soluciones si no se evalúan en ese instante; enjuiciarlas en este momento tiende a inhibir la imaginación, y 3) el principio de variedad: cuanto mayor es el rango o variedad de las soluciones pensadas más ideas de buena calidad aparecerán.

Si a la persona no se le ocurren soluciones, el modificador debe sugerir algunas absurdas, irreales o disparatadas; esto desinhibirá más fácilmente al cliente. No obstante, luego favorecerá que el cliente se decante por las soluciones relevantes y específicas, en contraposición a las poco relevantes, generales, inespecíficas o sin sentido.

Es muy probable que en esta fase surjan problemas como la angustia emocional, el hábito de llegar siempre a la misma solución, que no se corrija la falta de información, etc. Si estos impedimentos bloquean el proceso habrá que recurrir a otras técnicas como las autoinstrucciones, la relajación, la reestructuración, etc. Por último, en esta fase se tratará de hallar aún más soluciones cambiando, modificando o elaborando algunas de las pensadas.

27.3.4. Toma de decisiones

Una vez generado un conjunto amplio de soluciones llega el momento de juzgar su utilidad potencial. Para organizar adecuadamente esta toma de decisiones, en primer lugar se llevará a cabo una criba rápida para descartar aquellas opciones menos lógicas o claramente inapropiadas. Tras ella, bastará con dejar entre 3 y 5 soluciones posiblemente adecuadas de las cuales se escogerá la mejor o mejores, pues muchos problemas se abordan mejor poniendo en práctica a la vez varias de ellas.

En la elección de la mejor o mejores soluciones se tendrá en cuenta cuáles son las consecuencias positivas y negativas de cada una, tanto a corto como a largo plazo (y se valorarán de 0 a 10). Además, se estimará la utilidad esperada a partir de cuatro criterios de coste/beneficio: 1) resolución del problema (probabilidad de alcanzar la meta de solución del problema); 2) bienestar emocional (calidad del resultado emocional esperado); 3) tiempo / esfuerzo (cantidad de tiempo y esfuerzo esperado), y 4) bienestar personal y

social en conjunto (razón coste/beneficio esperado total). Por supuesto, en esta valoración el sujeto también debe tener en cuenta sus normas, valores o compromisos personales.

Así mismo, en esta fase habrá que traducir las soluciones demasiado vagas o ambiguas a otras específicas. Vendrá bien usar un ensayo de conducta encubierto para ver cómo funcionarían. Y tratar de ver el problema desde otras perspectivas para formularlo alternativamente. Por último, será útil considerar todos los resultados posibles anticipando las ganancias y pérdidas que tendría cada una de las alternativas.

Al cabo, basándose en todas estas consideraciones, el sujeto debe poder responder a estas tres preguntas: a) ¿es el problema resoluble?; b) ¿necesito más información antes de que pueda seleccionar e implantar una solución?; c) ¿qué solución o combinación de soluciones debería elegir para poner en práctica? Si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa, a la segunda, negativa y puede contestar a la tercera, entonces ya tiene una solución para el problema. En caso de no ser así, hay que volver a fases previas del proceso. Cuando ya se ha decidido la solución o soluciones deber preparar un plan de actuación. El plan puede ser simple o complejo, individual o con implicación de otras personas.

27.3.5. Implementación de la solución y verificación

En esta última fase se planifica la puesta en marcha de la solución, lo que incluye información sobre los pasos y recursos necesarios para cada momento. Tras esa planificación la solución se lleva efectivamente a la práctica y se valoran los resultados.

D'Zurilla explica que en esta fase de la TSP entran en juego cuatro elementos: a) la ejecución (o puesta en práctica de la solución). Hay que tener en cuenta que la ejecución en la vida real puede verse afectada por el déficit en otra habilidad (por ejemplo, falta de capacidad académica), déficit en la habilidad de ejecución (habilidades sociales), inhibición emocional, o déficit motivacionales (reforzamiento); b) la autoobservación (la observación de la

propia conducta durante la ejecución y la observación de los resultados); c) la autoevaluación (comparar el resultado que se obtiene con el anticipado o predicho), y d) el autorreforzamiento (si se obtienen los resultados previstos el sujeto se reforzará a sí mismo). Este autorrefuerzo puede ser tanto una autoafirmación positiva o un refuerzo tangible. Naturalmente, la solución del problema es el reforzador principal.

Si se aprecian discrepancias entre el resultado de la solución observada y el resultado esperado, se busca la fuente de dicha discrepancia. Sobre todo hay que analizar si la discrepancia está en el proceso o en la ejecución de la solución. Si después de todo el análisis y la puesta en práctica no hay resultados positivos, el problema no se puede resolver por la TSP y habrá que servirse de otras técnicas. No es infrecuente encontrar que algunos problemas no se pueden resolver (y que determinados tipos de personalidad no lleguen nunca a resolverlos).

Finalmente, se busca la generalización proporcionando al cliente distinto material para que lo utilice fuera de las sesiones y con su práctica similar ante otros problemas vitales.

27.4. Campos de aplicación y valoración crítica de la Terapia de Solución de Problemas

La TSP ha reunido evidencias claras de efectividad en un amplio conjunto de problemas entre los que destacan, desde hace ya varias décadas, la intervención en el deseo de suicidarse, la fobia social, los problemas maritales, los problemas padreshijos, el retraso mental asociado a problemas psiquiátricos, el dolor de espalda, la artritis, los pacientes con heridas craneales y los problemas derivados del abuso de drogas. Sin embargo, más recientemente, también la TSP ha tenido una eficaz aplicación en cuadros como la esquizofrenia, el trastorno de ansiedad generalizada, la obesidad, las cefaleas, el cáncer, la diabetes y el trabajo con agresores. Sin embargo es en la depresión unipolar donde la TSP ha contado con mayor respaldo experimental, a Juzgar por los resultados de varios metaanálisis. Con todo, conviene saber que con otras técnicas terapéuticas para la depresión (en

particular, las técnicas cognitivo-conductuales), así como en otros problemas mentales y también físicos, se obtienen similares o mejores resultados que con la TSP.

El mismo proceso terapéutico de la TSP también ha obtenido resultados consistentes en el tratamiento de problemas sociales, estrés y malestar. Las investigaciones centradas en la asociación entre la habilidad de resolver problemas y el grado de bienestar, ajuste o adaptación de los individuos - tanto en muestras clínicas como no clínicas y en un amplio abanico de países, edades y síntomas - revelan con claridad que a mayor habilidad de solución de problemas más probabilidades de mostrar un ajuste vital positivo, menor estrés y menor sintomatología psiquiátrica.

A lo largo del tiempo de su aplicación, se ha ido comprobando que los dos primeros pasos de la secuencia son cruciales: aquellos que hacen triunfar o fracasar la técnica. Parece, por tanto, que más que generar alternativas, elegir las y ponerlas en práctica, lo fundamental es la orientación hacia el problema y la definición. Sin una correcta definición nunca se resuelve ningún problema. Por ello, da igual el tiempo que el modificador y el paciente se detengan en estos dos puntos. Como en la TSP la colaboración por parte del paciente debe ser muy activa, la confianza, la buena relación con el modificador y una firme alianza resultan más importantes que en otros procedimientos conductuales.

Naturalmente, en algunos trastornos - por ejemplo, el abuso de alcohol, drogas, la agorafobia, etc. - la TSP es una de las técnicas que hay que incluir en el paquete de tratamiento. Aunque, dado su funcionamiento, no puede aprovecharse en pacientes con un severo trastorno psiquiátrico en fase aguda o con retraso mental medio o severo, o en aquellos estados en que no pueda mantenerse el nivel de atención. Del mismo modo, es muy dudoso que pueda servir para sujetos con baja autoestima y notable carencia de confianza en sí mismos. Por último, es improbable que funcione en personas con problemas de personalidad muy arraigados.

La TSP tiene la virtud de aportar una visión positiva del ser humano y sus

vicisitudes. En contraste con los planteamientos de Ellis o de Beck, aquí al sujeto no se le ve como alguien "disfuncional", "irracional" o "con distorsiones", sino como alguien carente de unas competencias que pueden adquirirse por medio del entrenamiento. En fin, para la TSP los problemas psicopatológicos pueden entenderse como consecuencia de estrategias de afrontamiento ineficaces o inadaptadas.

Los pasos definidos en su día por Goldfried y D'Zurilla han valido no solo para la TSP actual, sino también como mecanismo de actuación que se incluye en la misma terapia conductual y en muchas otras técnicas. Como procedimiento se ha extendido a todo el campo de la modificación de conducta y ha sido muy bien aceptada por múltiples terapeutas (y hasta escuelas). Además, es bien comprendida y aceptada por los pacientes, quizás porque estos captan su "lógica" o el "sentido común" que está detrás de la propuesta. En síntesis, hoy en día puede considerarse la TSP un tratamiento flexible y de amplio espectro, además de haber reunido un considerable apoyo empírico.

27.5. Ejemplo aplicado: el caso de Soledad

Soledad es una chica de diecisiete años que acude a consulta porque, según cuenta, tiene graves problemas para organizar el tiempo de estudio en la época de exámenes, lo que le provoca mucha ansiedad. Tras llevar a la práctica las fases previas de la TSP y ver que se trata de un problema que tiene solución, que ella está bien orientada y que se ha definido de manera operativa, se procede a la fase de generación de alternativas.

M (Modificador): Bueno, Soledad, ahora que sabemos que se trata de un problema que se puede solucionar y tenemos las cosas claras, vamos a realizar una tormenta de ideas. Para ello di lo primero que se te pase por la cabeza para solucionar el problema, no te preocupes por pensar si valdrá o no. ¿Entendido?

S (Soledad): Pero cualquier cosa, ¿aunque sea la mayor tontería?

M: Cualquier idea, luego veremos con qué ideas nos quedamos. ¿Te parece?

S: Vale, suena divertido.

M: Sí, puede ser divertido, ya verás. Y para que sea productivo deja volar la imaginación y di muchas cosas, y lo más variadas que puedas, pero recuerda: no te pongas a criticarlas según las digas, eso ya llegará en otra fase.

S: Lo intentaré.

M: Muy bien. Cada cosa que digas la voy a ir apuntando. Así que empezamos: ¿qué posibles soluciones se te ocurren para organizarte mejor con el estudio?

S: Salir menos.

M: Vale, ¿qué más?

S: Deshacerme... no, eso no.

M: No, dilo. Ya sabes que cualquier cosa vale.

S: Iba a decir deshacerme de mi familia. Es que se ponen tan pesados que no me dejan estudiar.

M: Muy bien.

S: Llevar las asignaturas al día.

M: Vale.

S: Comenzar a estudiar varios meses antes de la fecha de los exámenes.

M: Bien.

S: Quitar distracciones en la habitación. Ir todos los días a la biblioteca para estudiar. Pasarme las veinticuatro horas del día con los libros.

[Duda.]

M: Sigue, sigue. No te pares ahora. Di lo que sea.

S: No dormir. ¡Ah! y hacer resúmenes de los temas. Ir a academias, quizás allí me enseñen a organizarme, creo que hay academias de eso.

M: Sigue, Soledad.

S: Contratar a Dani para que me lea los apuntes. Bueno o algo parecido: ponerme las asignaturas grabadas en el Ipod. [Duda un rato.] Yo que sé; inventar un aparato para poder parar el tiempo y poder estudiar.

M: Bien.

[Pasa un rato.]

S: De verdad, ya no se me ocurre nada más. ¡Ah! espera: seguro que en internet hay cursos de esto, o ideas, o planes que se haya hecho la gente y me puedan inspirar. [Pausa.] ¡Buf! Bueno, ahora sí que ya no tengo nada más en la cabeza.

M: Lo has hecho muy bien. Tenemos una lista bastante grande.

S: Ha sido divertido, la verdad.

M: Te lo dije. Y ahora sí vamos a analizar cada una de las cosas que has ido diciendo. Ves, lo importante al principio es "no cortarse" y luego salen ideas buenas. Te dio un poco de vergüenza pensar algo como "deshacerme de mi familia", pero no pasa nada, a lo mejor luego no se trata de deshacerse, pero sí de algo que haya inspirado esta idea, como ir a casa de otra persona a estudiar o ir a una biblioteca.

S: Tienes razón.

M: O si te quedabas dando muchas vueltas a la idea de la academia donde te enseñen a organizarte, como ya profundizarías en eso no se habrían producido las siguientes ideas. Ahora ya vamos a pasar a otra fase para quedamos con las más convenientes y, al final, ver cómo las ponemos en práctica.

28

Terapias de conducta de tercera generación

En este capítulo que cierra la última parte de técnicas y del libro se presenta una pujante corriente de la terapia cognitivo-conductual que ha acabado por conocerse como terapias de conducta de tercera generación o tercera ola. La denominación fue acuñada en 2004 por Steven Hayes, autor de la Terapia de Aceptación y Compromiso y uno de los teóricos e investigadores más influyentes de toda la terapia de conducta del último decenio. La idea de una tercera generación se justifica, según Hayes, porque la terapia conductual habría tenido una primera fase (primera generación) con su nacimiento, en los años cincuenta y sesenta, y el desarrollo en aquellos momentos de técnicas basadas en el condicionamiento operante (técnicas de manejo de contingencias) y clásico (DS, inundación, exposición); una segunda fase (segunda generación), a partir de los años setenta, con la incorporación de los paradigmas cognitivos; y, finalmente, una tercera fase (tercera generación), más o menos desde los años noventa, aunque con una eclosión evidente a partir del año 2000, con la aparición de las terapias que se presentan en este capítulo.

En las próximas páginas se incluye una descripción más detallada de dos de estas terapias: la Psicoterapia Analítica Funcional y la Terapia de Aceptación y Compromiso. Son solo dos de las posibles, pues otras como la Terapia Conductual Dialéctica, la Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness, la Terapia de Activación Conductual o la Terapia Integral Conductual de Pareja, cabrían igualmente aquí. No obstante, dada la limitada extensión del capítulo han tenido que seleccionarse, para explicarlas con más detalle, únicamente dos especialmente representativas. Pero antes deben

exponerse algunas consideraciones sobre el marco explicativo de esta nueva corriente y las características más destacadas que tendría la tercera generación.

28.1. Bases de las terapias de conducta de tercera generación

Hayes ha perfilado las terapias de conducta de tercera generación - de forma bastante lata - como aquellas que: 1) se fundamentan en un planteamiento contextual (o conductista radical) para dar cuenta de los problemas psicológicos; 2) tienen objetivos terapéuticos más amplios y flexibles, en el sentido de que no se centran tanto en la desaparición de los síntomas problemáticos (la ansiedad, la tristeza, el pensamiento obsesivo, etc.), sino en cambiar su contextualización, lo que propiciará su aceptación; 3) promueven, en el transcurso de la terapia, actividades en pos de una vida con sentido o dirigida a los valores personales; esto es: la activación de la persona hacia sus objetivos; 4) atienden con especial cuidado las vicisitudes que surgen en el transcurso de las sesiones terapéuticas y, dentro de estas, en particular, al análisis del lenguaje natural o simbólico y su empleo en la relación terapéutica de forma curativa, y 5) incorporan técnicas muy distintas - e incluso de tradiciones diferentes a la cognitivo-conductual o hasta occidentales, como es el caso del mindfulness-, pero siempre desde un planteamiento teórico riguroso y bien fundamentado. Les corresponde, por tanto, un eclecticismo técnico, pero no paradigmático.

Podría afirmarse que la diferencia esencial de las terapias de tercera generación frente a las de la primera o segunda estriba en el hecho de creer que el trastorno no está "dentro" de la persona, sino que es la persona la que está en una situación problemática, que deviene de una valoración histórica, cultural o social. En otras palabras, no se considera que un trastorno - por ejemplo, una depresión- se deba a un déficit de la persona (ya sea neuroquímico, por un neurotransmisor como la serotonina; o cognitivo, por la presencia de ideas irracionales o distorsiones cognitivas), ni tampoco a respuestas inadecuadas condicionadas, sino a circunstancias derivadas de la interacción con el contexto actual, que de forma convencional valora determinadas acciones como inconvenientes (y, por tanto, que juzga pertinente

eliminar o modificar las respuestas mismas).

Como bases experimentales de las terapias de tercera generación se ha citado un conjunto muy amplio de investigaciones, que incluyen los trabajos sobre supresión de pensamientos de Wegner, las relaciones de equivalencia de Sidman o los aprendizajes por seguimiento de reglas de Skinner, así como su conocido análisis estrictamente conductual del lenguaje verbal. Este bagaje - que conforma el también denominado Análisis de Conducta Clínico - se propone como una alternativa funcional al planteamiento mayoritario de hoy día: la terapia de conducta de corte mediacional y fruto del conductismo metodológico (según la terminología del mismo Skinner), característico de la mayoría de los enfoques cognitivos que se han presentado en los últimos capítulos.

Probablemente, el principal referente de estas terapias de tercera generación se encuentra en el conductismo radical o contextualismo. Frente a lo que podría suponerse, el conductismo radical es la corriente más amplia o abierta de la modificación de conducta y la que pretende estudiar temas más íntimos como el lenguaje, los sentimientos, las emociones, el yo, etc. La visión del conductismo radical como una corriente dogmática, extremista, intolerante o inhumana procede del desconocimiento de que el adjetivo "radical" apunta aquí a su sentido etimológico, esto es, al latino "radix" (raíz) y su significado, por tanto, tiene que ver con "llegar a la raíz de las cosas". Radical indica, por consiguiente, ir hasta el fondo, hasta lo más profundo, hasta la explicación genuinamente conductual de las acciones humanas. El conductismo radical tiene como principios:

1. Considerar la naturaleza contextual del conocimiento y de la realidad. Desde el conductismo radical no hay una cosa (objetiva, externa) que descubrir; no se "cosifica" el conocimiento, sino que se aboga por que todo constituye un punto de vista. El enfoque, por tanto, es constructivista (kantiano). Para entender las acciones (no la realidad objetiva) debe sondearse el contexto y solo este puede dar su exacto sentido a las conductas. Por tanto, una respuesta es un problema o no dependiendo del contexto. Merece la pena señalar que esta misma

característica identifica a las terapias constructivistas, paradigma base al que se acogen ahora varias terapias cognitivas, como la Terapia Cognitivo-Estructural de Guidano y Liotti, la Terapia de los Constructos Personales de Neimeyer o la Psicoterapia Constructiva de Mahoney.

2. Considerar la conducta de forma no mentalista. El conductismo radical no explica la conducta por medio de entidades u objetos situados en el cerebro, sino que la entiende en función de las variables que se conjugan en un contexto dado. No se estiman relevantes explicaciones basadas en impulsos, expectativas, actitudes, súper-yo, etc., ni en otras como las que apelan a la "fuerza de voluntad", la "desmotivación", el "miedo al fracaso", el "auto-sabotaje", la "baja autoestima" o los trastornos incluidos en los manuales diagnósticos. Las explicaciones de la conducta quedan incompletas si no incluyen la identificación de los antecedentes ambientales observables de la conducta, tan atrás en el tiempo como sea posible, así como sus consecuentes. Se rescata así la objeción skinneriana, que no es a los eventos privados (por ejemplo, un mareo), sino a los "mentales" (por ejemplo, "intolerancia a la frustración") como explicación última de la conducta. Los eventos privados pueden ser igual de estímulos elicidores que los estímulos manifiestos y tener el mismo estatus. La clave estaría en encontrar la relación funcional entre variables.

3. Abogar por la conducta verbal controlada por acontecimientos observados directamente. Según el conductismo radical, toda conducta verbal (privada o no) tiene su origen en el ambiente. Incluso la conducta verbal más íntima. Esto significa que cualquier pensamiento proviene de un estímulo externo que ha fraguado esa conducta. Eso sí, estas cadenas conductuales pueden ser tan lejanas en el tiempo (y, en ocasiones, tan poco conscientes) que resulte muy difícil la identificación de esos estímulos.

Las dos terapias que se exponen a continuación se adscriben claramente a estos principios, aunque también se diferencian en muchos aspectos, como se explicará en cada caso. Para su presentación en las páginas que siguen se las

denominará por las siglas originales en inglés, esto es, FAP (por Functional Analytic Psychotherapy) y ACT (por Acceptance and Commitment Therapy), pues autores como Hayes han señalado la utilidad - incluso terapéutica - de recordar siglas que pueden formar un acrónimo: así, ACT no solo sintetiza lo nuclear de la terapia: actuar, pasar a la acción, sino que sirve al paciente como un recordatorio permanente de este objetivo.

28.2. La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP)

La Psicoterapia Analítica Funcional (FAP) ha sido desarrollada por Robert J. Kohlenberg y Mavis Tsai y divulgada a partir de 1991 con la publicación de su manual. Según sus autores, se trata de un enfoque especialmente indicado para el tratamiento de problemas interpersonales, como los trastornos de la personalidad, las inseguridades personales, los problemas de vinculación con familiares, amigos, conocidos, etc. No obstante, no se excluye la intervención con otros cuadros como la depresión, los trastornos obsesivos, el estrés postraumático, etc.

Además de su adscripción a los rasgos del conductismo radical antes mencionados y del esfuerzo por trasladar al entorno clínico las aportaciones del análisis del lenguaje que Skinner propusiera en su texto de 1957 *Conducta Verbal*, la FAP considera que en la terapia se debe trabajar guiado por estos principios:

1. Utilización del reforzamiento natural, en vez del reforzamiento arbitrario (este último tan común en determinadas aplicaciones de la modificación de conducta). El reforzamiento natural es el que obtiene el sujeto en su entorno (y no porque alguien, por ejemplo el modificador, esté presente para reforzarlo cuando se da determinada conducta). Además, el reforzamiento natural permite la generalización, fortalece una amplia clase de respuestas, tiene en cuenta el nivel de habilidad de la persona, beneficia a la persona (no al que da el refuerzo), y es característico del entorno real del sujeto.
2. Creación de un contexto social en la propia sesión terapéutica. Para que

la expresión de emociones se produzca de forma natural en la consulta debe generarse un contexto social genuino. Para ello, se tiene presente que la relación terapéutica muchas veces reúne acontecimientos que sirven como contexto social donde experimentar las conductas problemáticas (por eso, se analiza qué pasa con las interrupciones, llegar tarde, las vacaciones del terapeuta, la relación de apoyo o sumisión, etc.).

3. Análisis funcional de la conducta verbal aplicado a la interacción terapeuta-cliente. Se adopta un enfoque de análisis funcional con la conducta verbal, igual que con cualquier otro tipo de conducta. De hecho, alguna de las estrategias de esta terapia pretenden potenciar este tipo de análisis por parte del paciente mismo.

Junto con estas características, la FAP aporta una teoría propia sobre el desarrollo de la personalidad, con la que trata de explicar problemas como los trastornos de la personalidad o las dificultades interpersonales. La teoría tiene un enfoque estrictamente conductual y justifica las alteraciones del yo por un aprendizaje afectado por contingencias contraproducentes o experiencias que no permitieron reforzar un yo estable y congruente. Estas explicaciones y el análisis de esas experiencias no se olvidan en la intervención para alentar un reaprendizaje que conduzca a la reificación de un yo más fuerte y adaptativo.

28.2.1. Aplicación clínica de la FAP

Como en todas las terapias, la FAP empieza por una fase de evaluación, pero además de la evaluación conductual convencional, orientada a definir con claridad y operatividad el problema y a generar hipótesis sobre las variables de control (análisis funcional), se busca comprobar si estos problemas aparecen también en sesión (lo que se denomina Conductas Clínicamente Relevantes 1). Así, por ejemplo, se debe estar pendiente ante esa posible aparición y, en algunos casos, confirmarla por medio de preguntas directas: "¿Está ocurriendo eso ahora?", "¿Se asemeja esto que me cuenta con lo que está pasando en este momento aquí?".

La FAP no posee un protocolo de implementación específico. Tampoco tiene predeterminado un tiempo total, aunque en general es una terapia larga. La manera de llevarla a la práctica consiste en que el modificador esté atento mediante la observación directa (tanto a su comportamiento como al del cliente) y refuerce de forma natural las conductas adaptativas del cliente. Adicionalmente, también extinguirá las conductas inadaptadas. Como se juzga al refuerzo como el mejor método para que se desarrollen las conductas adecuadas y se instauren firmemente, el paciente mejorará, siempre que ese refuerzo se aplique de forma continuada y sistemática. Además, se producirá generalización si se compone un ambiente terapéutico que es funcionalmente equivalente al de la vida cotidiana del paciente.

El modificador deberá analizar su propio comportamiento como posible estimulación discriminativa (Ed para las conductas operantes, EC para las respondientes) o como reforzador de las conductas emitidas por el cliente (E"). Durante la sesión, por tanto, el terapeuta debe observar y reforzar. Respecto al comportamiento del paciente, lo fundamental es que el modificador se mantenga atento en la sesión para identificar las conductas clínicamente relevantes (CCRs). Estas son las conductas de interés en las que se basa la terapia. Más específicamente, la FAP describe tres tipos de CCRs:

- a) Conductas Clínicamente Relevantes tipo 1 (CCRI): son las conductas relacionadas con el problema que el cliente presenta en sesión y cuya frecuencia debe reducirse a lo largo de la terapia. Por ejemplo, un paciente dependiente muestra en la sesión conductas de dependencia respecto del modificador; un paciente con ansiedad social exhibe conductas de ansiedad al conocer al modificador (no es capaz de hablar, balbucea, no le mira directamente, le tiemblan las manos, etc.).
- b) Conductas Clínicamente Relevantes tipo 2 (CCR2): son las conductas que ocurren en sesión y que suponen una mejoría en relación con el problema por el que se acude a consulta. Por ejemplo, alguien que acudió a terapia por falta de asertividad exige al modificador que le explique por qué debe hacer un registro ya que no lo ve justificado. Alguien que llegó con conductas agresivas guarda la calma a pesar de

generarse una situación que le incita a enfadarse.

Es importante notar que una misma conducta puede ser en un paciente una CCRI y en otro una CCR2 porque no importa la topografía sino la función. Por ejemplo, un paciente obsesivo que se olvida de que tenía que haber avisado de que llegaría tarde exhibe una CCR2; en cambio un paciente olvidadizo, irresponsable, indiferente y al que no le importa quedar mal manifiesta con ese retraso no avisado una CCRI.

c) Conductas Clínicamente Relevantes tipo 3 (CCR3): son las interpretaciones del cliente sobre su propio comportamiento. Se entiende, interpretaciones de tipo análisis funcional. Incluyen también descripciones de equivalencia funcional que marcan las semejanzas entre lo que ocurre en sesión y la vida diaria. Por ejemplo, el paciente dice que siempre se pone nervioso cuando aparece su jefe vestido con traje y corbata, ya que así ha venido otras veces cuando iba a reprenderle (interpretación tipo análisis funcional) en vez de afirmar que él tiene una personalidad apocada y que se asusta con cualquier cosa. También se emite una CCR3 cuando el paciente se da cuenta de que lo que ha hecho el modificador se parece a lo que vive fuera y que está reaccionando de la misma manera. Lo mejor, naturalmente, es que se dé un proceso CCR3 y CCR2; por ejemplo, el paciente afirma: "Pensé en abandonar la terapia, pero me he dado cuenta de que es lo que hago siempre que se me exige más y por eso me quedo, para intentar cambiar este aspecto de mi vida aquí y que me sirva para fuera".

A modo de técnicas terapéuticas, la FAP propone una serie de reglas que, en realidad, se ofrecen como sugerencias para orientar adecuadamente la relación terapéutica y lograr así los objetivos deseados en la terapia.

-Regla 1: Buscar las Conductas Clínicamente Relevantes. Esto supone que, aunque en el transcurso de las entrevistas se hable de otras cosas, cuando se está haciendo terapia en sí no se debe buscar que el sujeto quede satisfecho, se tranquilice, se desahogue, etc., sino que el

modificador centre la atención selectivamente en las conductas clínicamente relevantes. Esta es quizá la parte más difícil de la aplicación y la que requiere mayor entrenamiento.

Regla2: Evocar las Conductas Clínicamente Relevantes. Es decir, evocar las CCR1 para que surjan y desarrollar las CCR2. Esto implica usar los procedimientos necesarios para que aparezcan. En algunos casos, habrá que hacer algo (una pregunta, un cuestionamiento, por ejemplo) para que se origine en la sesión algún aspecto del problema que presenta el paciente. En otros casos, para evocar las CCRs basta con servirse de las situaciones típicas de toda terapia: su estructura de tiempo limitado (una hora, habitualmente), las vacaciones del terapeuta, el fin de la terapia, el precio de las consultas, los fallos o errores del modificador, los lapsus o silencios en la conversación, el feedback positivo y las expresiones de interés por parte del modificador, las características mismas del modificador como su aspecto físico o sus actitudes, hechos inusuales, los sentimientos y eventos privados del terapeuta, etc. Todo es aprovechable si evoca CCRs.

Regla3: Reforzar las CCR2. Al evocar las CCRI podrán surgir las CCR2. Cuando estas aparezcan en sesión se reforzarán de forma natural. Muchas veces cuesta proporcionar este tipo de reforzamiento, por lo que Kohlenberg y Tsai dan unas recomendaciones para reforzar tanto directa como indirectamente. En el reforzamiento directo: 1) se refuerzan clases de conducta y no topografías de conducta; 2) se adecuan las expectativas a los repertorios de conducta del paciente; 3) se amplifican los sentimientos de forma que resulten más evidentes para el cliente; 4) habrá una implicación personal y a fondo en la relación terapéutica; 5) se autoobservarán las reacciones espontáneas a las conductas del cliente y/o se planteará cómo respondería la comunidad a esas mismas condiciones. Por otro lado, en el reforzamiento indirecto se trata de que el modificador mejore su competencia y actúe de forma que, sin buscarlo en el caso concreto, su capacidad general para reforzar se incremente. Así, por ejemplo, debe: 1) ser consciente de lo que hay

que reforzar; 2) evaluar su impacto en conjunto; 3) adquirir el repertorio para ayudar a los demás en general, y 4) elegir pacientes adecuados para la FAP.

-Regla 4: Observar los efectos potencialmente reforzantes de la conducta sobre las CCRs del paciente. El modificador no debe olvidar que él es modelo y reforzador del paciente. Por ello, debe desarrollar un repertorio de habilidades que le faciliten la observación de los reforzamientos.

-Regla 5: Ofrecer interpretaciones de las variables que afectan a la conducta del paciente. Naturalmente, estas interpretaciones serán del tipo análisis funcional. Esto favorecerá la aparición de las CCR3. Gracias al seguimiento de esta regla se potenciará, por modelado, que el paciente interprete funcionalmente las variables del entorno y sus conductas.

28.2.2. El papel de las cogniciones en la FAP

Kohlenberg considera útiles, en conjunto, las terapias cognitivas, pero también que mejoran con la teoría y la práctica de la FAP. Para él, según sea el caso, los esquemas A-B-C propuestos por Ellis funcionarán de una manera o de otra dependiendo de la historia del paciente. Básicamente, de acuerdo con la FAP, las cogniciones pueden desempeñar un mayor, un menor o ningún papel en los problemas de los pacientes. Esa influencia depende de la historia de aprendizaje y, por esta razón, en ocasiones las técnicas de la TREC de Ellis o de la TC de Beck serán efectivas y otras veces no, o incluso podrían resultar contraproducentes.

Desde el punto de vista del análisis de lenguaje skinneriano, los B (Beliefs) son autotactos o automandos (los tactos son etiquetados y descripciones de acontecimientos y objetos; los mandos, órdenes, amenazas y preguntas). Por tanto, una afirmación como "soy un indeseable" es, en principio, un autotacto; y otra como "debería cometer menos errores" un automando, siempre que no se pronuncien con otra intención (que el que las

emite busque otro efecto); por ejemplo, un paciente puede intentar con su expresión ("soy un indeseable") que el modificador lo desmienta, le anime, le trate de convencer de lo contrario, etc. Los tactos y los mandos pueden influir o no sobre la conducta subsiguiente. Por tanto, las "estructuras cognitivas" serían iguales (o funcionarían igual) que las conductas gobernadas por reglas. El sujeto que estuvo sometido a unas contingencias también actúa en consecuencia con estas, aunque no sea consciente de esta relación, y, luego, hace interpretaciones de su conducta (los B) que no tienen necesariamente que ver con las auténticas contingencias. Por ejemplo, si alguien que no va a fiestas afirma: "Yo no voy a fiestas porque pienso que no voy a sacar nada", justifica su conducta a partir de una creencia (B). No obstante, si en realidad estuvo en fiestas anteriormente y su conducta de ir fue castigada, son estos efectos la causa de que realmente no vaya a fiestas (y no su creencia). Por esta razón, para la FAP en un caso así no tiene sentido tratar de cambiar los B, sino someter a la persona a las contingencias oportunas. Y, posteriormente, eso puede que haga cambiar las creencias (B). Fundamentándose en ello, los autores de la FAP consideran que de todas las técnicas de la TREC y de la TC, las más eficaces son las de exposición o cambio de conducta pues, al fin, así se minarán las reglas y en consecuencia se facilitará que la conducta se moldee por las contingencias.

Otras recomendaciones de la FAP respecto al trabajo con las cogniciones se resumen en los siguientes puntos:

1. Centrarse en el pensamiento presente, no en el del pasado. En particular, en el que se produce durante la sesión por los estímulos que asoman en ella; de este modo es mucho más probable observar las contingencias reales entre lo que pasa y lo que se piensa.
2. Tener en cuenta el papel cambiante que pueden desempeñar los pensamientos. Un pensamiento puede tener efecto o no sobre la conducta (o tenerlo solo parcialmente). Además, este efecto puede variar; es decir, el mismo pensamiento puede unas veces afectar a la conducta y otras veces no.

3. Ofrecer explicaciones que se ajusten a los problemas de los pacientes.

Debe extremarse la precaución si se lleva a cabo una terapia cognitiva clásica, pues se está dando por sentado que el paciente tiene distorsiones o ideas irracionales (lo que supone una desvalorización). Si un paciente siempre ha sido criticado o cuestionado, insistir a lo largo de la terapia en que debe corregirse o cambiar sus "distorsiones" supone una nueva crítica implícita. Por eso, a muchos pacientes conviene darles explicaciones basadas en las contingencias en vez de en los pensamientos.

4. Usar también con suma cautela la manipulación cognitiva directa. La manipulación cognitiva directa implica apelar a la razón, a la argumentación lógica, esto es: dar reglas para modificar los pensamientos. Pero según la FAP esto se debe plantear solo en casos muy particulares y combinándose siempre con la exposición a contingencias que vayan a tener efectos positivos. Así, la idea es que el cambio directo de la cognición se oriente a ayudar a la exposición, pues el estar en contacto con las contingencias naturales mejorará la situación y modificará, al cabo, más eficazmente los pensamientos.

28.2.3. Campos de aplicación y valoración crítica de la FAP

La FAP tiene un criterio claro de aplicación: se puede usar con todos aquellos problemas cotidianos susceptibles de manifestarse en sesión. Solo en esos casos pueden darse las muestras de conducta problemáticas (CCRI) y se podrán aplicar las reglas que recomienda la terapia. En términos algo más técnicos, podría decirse que debe existir una equivalencia funcional entre el ambiente de la terapia y el de la vida del paciente. Por ello, si alguien acude a consulta por una fobia a las alturas o a las agujas tiene bastante más sentido aplicar una terapia clásica de exposición que un enfoque como el de la FAP. En cambio, puede ser muy conveniente para una persona que se vuelve hostil cuando las relaciones se hacen más íntimas, pues la terapia fácilmente se toma una relación íntima.

Todavía se carece de una investigación empírica detallada sobre los

efectos reales de la FAP. Se han presentado casos únicos exitosos o intervenciones con series de casos o evidencias anecdóticas para distintos cuadros de ansiedad, trastornos de la personalidad, trastorno obsesivo, estrés postraumático, dolor crónico, abuso de drogas y dificultades de pareja. Las investigaciones con muestras experimentales o control, o las comparaciones con otros procedimientos eficaces alternativos, están aún en curso, aunque existe una excepción (la investigación de la Universidad de Washington) en que una versión de la FAP se comparó con la TC de Beck y se obtuvieron resultados significativamente mejores en la FAP en una muestra de pacientes depresivos.

La FAP es aún una terapia joven y en proceso de evolución e investigación. Sin duda, cabe escasa controversia sobre sus bases teóricas, ya que se apoyan en principios fundamentales de aprendizaje (reforzamiento positivo, modelado y extinción); y, probablemente, puede entenderse como una meritoria sistematización de estrategias bien conocidas en la terapia (¿qué terapeuta bien formado e implicado no reforzaba al paciente cuando actuaba de forma adaptativa?). De hecho, para sus autores, son estas estrategias de centrarse en las conductas clínicamente relevantes y de reforzar las conductas adecuadas que traerán consigo el refuerzo en el ambiente natural lo que convierte en eficaces terapias de cualquier escuela. No obstante, debe reconocerse que la implementación clínica de la FAP está aún en desarrollo y que su puesta en práctica presenta dificultades particulares, como la precisión a la hora de detectar e identificar correctamente las CCR, lo que exige un trabajo arduo para el entrenamiento de habilidades en este enfoque terapéutico. Debe reconocerse, no obstante, que hay distintas investigaciones en proceso avanzando en esta mejora de las habilidades terapéuticas y que se están protocolizando instrumentos útiles para la evaluación terapéutica y la codificación de las respuestas.

28.3. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha sido elaborada por el psicólogo Steven Hayes, de la Universidad de Nevada, junto con varios grupos de colaboradores. Surge como un intento de llevar a la práctica

clínica hallazgos recientes en el terreno del análisis experimental del comportamiento. Su fundamento teórico parte de la Teoría del Marco Relacional (Relational Frame Theory) y las investigaciones ya mencionadas de las relaciones de equivalencia y derivación de funciones que iniciara Sidman, además de los trabajos sobre las conductas gobernadas por reglas que planteara Skinner. Se considera un enfoque complementario a la FAP y a otras terapias de conducta de tercera generación, que han aprovechado singularmente su trabajo con la aceptación de los síntomas y con la proyección hacia los valores.

28.3.1. Presupuestos filosóficos y teóricos de la ACT

La ACT responsabiliza al contexto verbal-social de los trastornos adultos verbales; o, para ser más preciso, del malestar que padecen muchos sujetos. El origen de los problemas psicológicos partiría de un proceso de valoración - culturalmente impuesto por esta sociedad - que entiende como "negativos" o indeseables ciertos pensamientos, estados corporales, sensaciones, recuerdos, sentimientos, etc., y, por consiguiente, promueve la lucha por desembarazarse de ellos. Sin embargo, como no es posible librarse de esos eventos internos igual que uno se desprende de los externos, el sujeto quedaría enredado en una lucha interminable e infructuosa que cada vez le acarrea un mayor malestar. Por esta razón, la clave de la terapia no estriba en eliminar determinados pensamientos, sentimientos, emociones... sino en contextualizarlos, lo que significa comprender su función y alterar los contextos verbales a través de los cuales estos eventos cognitivos son juzgados como problemáticos.

Por otro lado, se ha impuesto socialmente (por el contexto social-verbal predominante) que los sucesos privados son los agentes causales de la conducta (por ejemplo, creer que no se sale a la calle porque se tiene miedo, olvidando de dónde procede ese miedo), lo cual supone, como se vio al explicar los fundamentos del contextualismo, un planteamiento no conductual, aunque muchos modificadores de conducta no adviertan que andan sumidos en esa misma imposición social (y por eso adiestran a sus pacientes en técnicas cognitivas para cambiarlos).

La ACT explica cómo actúa ese contexto social-verbal para originar los problemas y cómo se ocasiona ese efecto (y, por tanto, de qué manera es responsable del malestar de tantas personas en esta sociedad). Desde esta terapia, se debe a las siguientes imposiciones convencionales que, habitualmente, se aprenden desde la infancia:

- 1.El impacto del significado literal y la evaluación. Se enseña que la palabra tiene una correspondencia literal con el objeto o referente de la misma tomando, por derivación, sus propiedades, tal y como se describe en el fenómeno de la equivalencia estimular. Así acaban por valorarse las palabras mismas (o su evocación) como malas o inapropiadas.
- 2.La asunción generalizada de que dar razones verbales supone una explicación válida del comportamiento del individuo. Se asume que emociones y pensamientos describen adecuadamente el propio comportamiento, con lo cual se confunden las convenciones sociales con las contingencias ambientales realmente responsables del aprendizaje.
- 3.El entrenamiento social centrado en que tanto el control cognitivo como el emocional deben alcanzarse para disfrutar de una vida satisfactoria. Esto último se observa en expresiones y recomendaciones tales como "los adultos no lloran", "los hombres no lloran", "no pienses más en ello", "no le des más vueltas, déjalo ya", "quítate eso de la cabeza", "relájate", etc.

Otro aspecto fundamental de este enfoque tiene que ver con su visión del sufrimiento. Para la ACT, el sufrimiento es algo normal e inevitable en el ser humano. Por su propia naturaleza, por lo que supone en desarrollo del lenguaje y capacidad simbólica, que vengan a la cabeza pensamientos desagradables, o sentir inseguridad, pena, desasosiego, etc. resulta consustancial a la condición humana y así debería entenderse. Por eso, el problema psicológico sería el producto de una sociedad que afirma taxativamente: "no sufras", "no debes sufrir nunca, por ninguna cosa demasiado tiempo", lo que muchas veces sitúa a las personas en una tesitura

insalvable. Naturalmente, la ACT no plantea que haya que sufrir por sufrir, sino que si encaminarse en dirección a los valores implica pasarlo mal, habrá que aceptarlo. Justo desde ese punto de vista se comprende la aceptación del malestar propugnada por la terapia.

Expuesto de forma muy sintética, el planteamiento de ACT sobre los problemas psicológicos podría resumirse en estos puntos:

- La mayoría de las dificultades psicológicas están asociadas a la evitación y el intento de manipulación de los eventos privados.
- La evitación tiene su origen en el exceso de literalidad (tomar el recuerdo, la palabra, la sensación, etc., como el referente objetivo y real al que aluden).
- El control consciente solo se puede conseguir en el área de la conducta abierta, no en la encubierta.
- Todos los sujetos se pueden servir de su yo como aliado. Este siempre es un recurso disponible, un ancla segura que da estabilidad y que permite contemplar las vicisitudes emocionales con distancia.
- Para tomar una nueva dirección hay que abandonar la antigua. Si el problema se ha cronificado, entonces la solución del paciente seguramente forma parte (o conforma) el problema mismo.
- El único criterio que hay que seguir es la practicidad: ¿es "verdad" o funciona?
- No deben buscarse sentimientos "positivos" (sentirse bien), sino vivir bien; esto es, vivir orientado a los valores.
- Las dos cosas que se necesitan para transformar la situación son: aceptación y compromiso a moverse ("ACT").

28.3.2. La actitud del terapeuta de ACT

Coherentemente con el enfoque presentado, el cometido del terapeuta de ACT consiste en conservar al paciente en pos de sus valores, ayudarlo a aceptar sus emociones, sentimientos, recuerdos, sensaciones o cualquier otro evento privado y no caer en la opinión convencional de tachar de "malos" esos eventos ni sumarse a esa lucha contra ellos ni proveerle de estrategias para deshacerse de ellos. Para lograrlo, Hayes ofrece estas orientaciones:

1. Lo que el paciente experimenta no es "el enemigo a batir". Es la lucha contra experimentar (lo que sea) lo que es malo y traumático.
2. El modificador no puede "rescatar" al cliente de sus dificultades: debe hacerle ver que esa lucha contra lo que siente o contra los pensamientos que le sobrevienen es contraproducente, debe sugerirle como posibilidad el cambio de actitud.
3. Ni el terapeuta ni el cliente deben aferrarse a los argumentos (por muy razonables que sean), la clave está en la funcionalidad: ¿le sirven y cambian las cosas o no?
4. Si en sesión el cliente se siente atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso, aprovéchelo: eso es exactamente lo que necesita trabajar y está aquí y ahora. La terapia no tiene por finalidad "que el paciente salga calmado", "que lo pase bien", etc.
5. Si usted se siente (como modificador) atrapado, frustrado, confuso, asustado, enfadado o ansioso, aprovéchelo: ahora está en la misma barca que el paciente y su trabajo se humanizará por ello. Al modificador le puede pasar lo mismo que al paciente, solo que su posición relativa es diferente (está "fuera" de la vida del paciente).
6. No discuta, no argumente: lo que importa es la vida de su paciente, no su opinión. Solo el paciente conoce realmente su propio sufrimiento.
7. Lo esencial es la función de la conducta, no su forma o su frecuencia. Cuestione, en consecuencia, para qué sirve eso que dice, eso que siente,

eso que hace el paciente.

28.3.3. Elementos de la terapia ACT

Para conseguir sus propósitos terapéuticos, a lo largo de toda la intervención el terapeuta pondrá en juego tres elementos: las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales. No se excluye ninguna otra técnica, siempre, eso sí, que se ponga al servicio de la lógica y de los fines de ACT.

1. **Metáforas.** El terapeuta ACT usa metáforas plásticas con frecuencia, porque gracias a ellas se visualizan mejor los contenidos abstractos y porque utilizan el lenguaje de forma pragmática, no literal: no constituyen reglas que haya que seguir; esto es, no establecen dogmáticamente "esto es lo bueno", "esto es lo malo". También son prácticas porque se recuerdan muy fácilmente (y se pueden evocar cuando el paciente las necesite).
2. **Paradojas.** Se plantean también paradojas para demostrar que la literalidad del lenguaje lleva a veces a callejones sin salida. Su función estriba, por tanto, en deshacer la literalidad. Ejemplos de paradojas verbales serían: "no creas nada de lo que te digo" o "esfuérate por ser espontáneo". Este uso de las paradojas provoca que el paciente se vea obligado a cobrar distancia, relativizar, y deje de afanarse por encontrar "lo adecuado", "lo que hay que hacer para eliminar la ansiedad, la tristeza, la obsesión, etc."
3. **Ejercicios experienciales.** Por último, un método muy característico de ACT consiste en proponer ejercicios que ejemplifiquen aspectos de la terapia o del esfuerzo del paciente. Por ejemplo, el ejercicio de las cartas con contenidos, de llevar las llaves, de "sal a pasear con tu mente", "de la unidad del yo" (todas ellas descritas con detalle en los manuales de intervención). Igualmente, tienen un sentido práctico, frente a hacer "lo correcto".

28.3.4. Fases de la terapia ACT

La terapia propuesta por la ACT comprende una serie de fases, aunque no se deben entender como una línea de intervención invariable. De hecho, suele avanzarse y retrocederse a lo largo de ellas durante toda la terapia. En ocasiones el paciente pasa rápidamente por alguna de ellas y en otras puede estancarse durante meses. No obstante, antes de comenzar la terapia en sí, en la ACT se lleva a cabo una evaluación en la que - para orientar adecuadamente la terapia - trata de responderse a estas preguntas: ¿qué es lo que el paciente está evitando?, ¿con qué hechos verbales el cliente está "fusionado" (o cuáles entiende demasiado literalmente)?, ¿cuáles son las cosas que el cliente valora: hacia dónde quiere realmente dirigirse? y ¿qué le impide avanzar hacia esos valores?

Respecto al proceso de intervención, la ACT menciona seis fases:

1. Generar la Desesperanza Creativa. En esta fase se trata de hacer ver al paciente que, tal y como está intentando resolver el problema, no lo conseguirá ni ahora ni en el futuro (esto es: comentar y cuestionar la "agenda de cambio habitual"). Se pretende que el paciente deje de combatir así, que "abandone" ese método, que se abra a nuevas opciones. Para ello el modificador le plantea metáforas como las del hombre en el agujero, jugar a la cuerda con el dinosaurio, las esposas chinas, correr sobre una pista de hielo, sacar la galleta de la botella sin que se rompa, etc. (como ya se hizo referencia anteriormente, en el apartado 28.3.3, todas ellas están descritas en los manuales de intervención).
2. El control no es la solución: es el problema. En este momento de la intervención se trata de que el paciente compruebe cómo sus esfuerzos se dirigen a controlar o evitar los eventos privados, lo cual nunca puede lograrse al menos por completo o durante todo el tiempo. La meta está en demostrarle que el mundo interno se rige con otras reglas. Pueden usarse para este propósito la metáfora del polígrafo, la de las dos escalas, la de la caja llena de cosas, o la del ejercicio de olvidarse de los números.

3. Conseguir la aceptación por medio de la desliteralización. En este punto se trata de aprender a observar los procesos de pensamiento y no estar "fundido" o "fusionado" con ellos. Para el proceso de "desliteralización" puede recurrirse a explicaciones como la de "tu mente no es tu amiga", la silla para sentarte, el ejercicio de repetir la palabra "limón", el del desfile militar, la metáfora de la "taza mala", el ejercicio "fiscalizador", el ejercicio de las cartas con contenidos, etc.
4. Descubrir el "yo" (selJ). En esta fase se pretende que el cliente vea su yo como un aliado y que llegue a tomarlo como un lugar seguro desde el que contemplar los cambiantes problemas, el vagabundeo mental. Se le enseña a diferenciar el yo como contenido del yo como contexto. Se usan aquí la metáfora del ajedrez, el ejercicio del observador, el escoger una identidad y otras.
5. Elegir lo que vale: los valores. En esta fase se encamina al sujeto hacia la recuperación de una vida digna y conforme con sus valores. Para esto, primero se tratará de identificar una dirección vital coherente con sus valores y unas metas y acciones que la impliquen. Se dará así sentido a aceptar las sensaciones desagradables, las cogniciones negativas, etc. Pueden traerse a la terapia la metáfora de la huerta, el ejercicio del funeral y el epitafio, la metáfora del sendero de la montaña, las escalas y autorregistros de la jerarquía de los valores, la metáfora de la burbuja que avanza.
6. Aceptar y comprometerse. La última etapa consiste en ayudar al paciente a orientarse hacia la meta previamente aceptada. Se pueden comenzar aquí las exposiciones y las técnicas de cambio conductual que se vean precisas. Los obstáculos (y las recaídas) se entenderán como una parte esperable en este camino. Pueden servir aquí al modificador la metáfora del vagabundo, el ejercicio del salto, la metáfora del pantano, el ejercicio del contacto visual mantenido, la metáfora del coche en ruta, la metáfora del primer amor, la explicación del rol de víctima y el cuerpo del delito, etc.

Para la ACT, la terapia tras estas seis etapas dota de flexibilidad psicológica, lo que comporta un mayor bienestar emocional y una forma más sana de vivir. Seis aspectos caracterizan a esta flexibilidad: mantenerse en contacto con el momento presente, tener definidos unos valores, desarrollar acciones comprometidas en pos de esos valores, ver el yo como contexto (en vez de como contenido), tener capacidad para desliteralizar (o deshacer la "fusión" con las palabras-pensamientos) y conservar la actitud de aceptación.

28.3.5. Campos de aplicación y valoración crítica de la ACT

La ACT se aconseja a pacientes que combaten contra sus sentimientos, sus pensamientos, sus recuerdos, etc., de un modo que esta lucha "paraliza" o "limita" su vida. Hayes ha creado una categoría diagnóstica para esta situación: el trastorno de evitación experiencial; y, de alguna forma, estaría presente en multitud de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, obsesiones, estrés postraumático, etc.) siempre que los pacientes continúen en esa actitud. No debe entenderse de manera convencional, siguiendo una clasificación de tipo DSM o CIE, pues no es categorial, sino dimensional, y por supuesto no se considera una enfermedad o un trastorno.

Desde un planteamiento más tradicional, existe ya una abundante literatura científica sobre la eficacia que está recogida en revisiones sistemáticas y metaanálisis. Los primeros trabajos de este tipo, como el metaanálisis de óst o el de Powers y sus colaboradores, evidenciaron que la ACT era eficaz, pero no significativamente más que otras intervenciones bien establecidas, en particular la terapia cognitivo-conductual clásica (y, en general, la ACT contaba con estudios menos rigurosos). No obstante, las revisiones de estos trabajos efectuados por Gaudiano o Levin y Hayes han arrojado resultados más favorables a las intervenciones de la ACT, con tamaños del efectos superiores a los de tratamientos establecidos para distintos trastornos. Igualmente, en la revisión y el metaanálisis de Ruiz se demostró que la ACT es una intervención bien sustentada por el modelo teórico y por el análisis de la eficacia de sus componentes, aunque los tamaños del efecto que encontró son moderados.

De forma más específica, los últimos metaanálisis de componentes y las revisiones sistemáticas han probado que el entrenamiento en Mindfulness (uno de los componentes claves de la ACT) está significativamente relacionado con la menor recaída en estados depresivos. Además, la Society of Clinical Psychology ha informado de que la ACT tiene una primera evidencia científica (aunque aún modesta) en pacientes con psicosis y también en cuadros mixtos ansioso-depresivos. Estos datos se añaden a la declaración de la División 12 de la APA respecto a que la ACT constituye un tratamiento con evidencia empírica para el dolor crónico y con apoyo moderado para el tratamiento de la depresión unipolar.

Pero, aparte de estos resultados experimentales, es innegable que la ACT ha supuesto una notable aportación a las terapias conductuales tradicionales por proporcionar a los terapeutas nuevas herramientas (por ejemplo, las metáforas y los ejercicios experienciales) y por su aplicación a intervenciones en que se veía preciso aumentar la aceptación de los síntomas y buscar alternativas ante los problemas cronificados.

Por otro lado, se ha cuestionado el encaje entre teoría - conductismo radical y práctica clínica de la ACT. Hayes afirma que se fundamenta en la Teoría del Marco Relacional y en la derivación de funciones, además de en los postulados de Skinner; no obstante, la vinculación de los tres elementos, por un lado, y la articulación en una manera de hacer terapia, por otro, dista mucho de quedar clara para la mayoría de los teóricos y de los clínicos.

Otro problema de ACT estriba en las medidas de eficacia. Puesto que este método no aboga porque el paciente se libre de sus síntomas, sino que ha de aprender a vivir con ellos, aceptarlos, y no bloquearse ante su aparición ni reaccionar de modo que acabe estancado, tampoco cabe medir, con los parámetros habituales, la mejoría del paciente. Desde la ACT se defiende que un tratamiento es útil si dirige al sujeto hacia sus metas vitales, no si se centra en eliminar síntomas ansiosos, obsesivos o depresivos, o incluso alucinaciones. Por eso se debe recurrir a medidas diferentes (y concepciones más amplias del bienestar) como la vuelta al trabajo o la recuperación de los estudios, el menor número de reingresos, la valoración subjetiva de bienestar,

el descenso en el consumo de fármacos, etc.

Otro inconveniente de la terapia está en su dificultad para llevarla a cabo. El modificador debe aprender nuevas habilidades y cambiar su mentalidad respecto a los síntomas y la desaparición del trastorno. Asociada a esta dificultad está el salto del uso de lenguaje de forma literal a la forma pragmática.

28.4. Otras terapias de tercera generación

Se incluye a continuación una descripción esencial de las otras terapias de tercera generación. Se presentan aquí también sus siglas originales en inglés: BA (por Behavioral Activation), IBCT (por Integrative Behavioral Couple Therapy), DBT (por Dialectical Behavior Therapy) y MBCT (por Mindfulness Based Cognitive Therapy).

28.4.1. La Terapia de Activación Conductual (BA)

La Activación Conductual (BA) es una intervención más sencilla y concreta que las anteriores, dirigida a mejorar el estado anímico de los sujetos que padecen depresión. De enfoque directivo, se apoya fundamentalmente en el incremento jerárquico de actividades conectadas con los aspectos valorados vitalmente, y que habían sido abandonadas o que se estaban evitando. Gracias a la recuperación de estas actividades, la persona vuelve a entrar en contacto - siempre progresivamente y tras un primer periodo de afrontamiento más difícil - con experiencias reforzantes merced a las cuales disminuye su abatimiento y pesimismo y rehace su vida. En su formato amplio, además del incremento de actividades reforzantes, la terapia incluye el manejo de pensamientos rumiantes a través del Mindfulness y el entrenamiento en habilidades que pueden facilitar el acceso a los reforzadores.

28.4.2. La Terapia Integral Conductual de Pareja (IBCT)

La Terapia Integral Conductual de Pareja (IBCT) es un tratamiento estructurado para buscar una solución a los conflictos maritales. Se concibe

como una intervención orientada a volver reconciliables las diferencias que inevitablemente existen en todas las parejas. A través de dos fases de tratamiento - evaluación e intervención activa - la IBCT procura que los miembros de la pareja cambien y mejoren sus comportamientos hacia el otro, pero también enseña, por medio de distintas técnicas novedosas (como la "separación unificada" o la "unión empática"), a aceptar determinados aspectos de la pareja que tienen que ver con la forma de ser o los patrones educativos recibidos. No obstante, también se sirve de los métodos tradicionales de la terapia de pareja conductual, como el intercambio de reforzadores y el entrenamiento en comunicación y resolución de problemas. Esta modalidad de terapia de pareja ha resultado especialmente eficaz en problemas tan dolorosos y difíciles como la infidelidad, el desapego emocional o el trato vejatorio. Distintas investigaciones han revelado que produce un curso de recuperación distinto al de la terapia conductual tradicional: su cambio es más progresivo, pero no se estanca. Justo tras la finalización de la terapia y a medio plazo, además, ha mostrado una mayor eficacia que la terapia conductual de pareja tradicional.

28.4.3. La Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

La Terapia Dialéctica Conductual es un modelo de intervención dirigido al tratamiento de las personas con trastorno límite de la personalidad. Se trata de una terapia extensa, que dura varios años, con distintas fases y componentes en un protocolo bastante estructurado. Combina sesiones grupales con individuales y se encomienda a un grupo de terapeutas que trabajan coordinadamente. Parte de un modelo explicativo del trastorno límite que explica el origen de este cuadro como una combinación de factores de vulnerabilidad personal y patrones educativos invalidantes. La terapia enseña a manejar las emociones desbordadas de la persona con este trastorno, que son validadas en sus experiencias y pensamientos. La síntesis dialéctica se logra con prácticas como el Mindfulness y procedimientos cognitivos. La DBT ha reunido un notable cuerpo de investigación que la avala como un tratamiento de elección en los casos dichos.

28.4.4. La Terapia Cognitiva Basada en el Mindfulness (MBCT)

El Mindfulness puede concebirse tanto una terapia en sí misma cuanto que una técnica útil en todas las intervenciones anteriores. Consiste en aumentar la capacidad para estar en contacto con el momento presente y abrirse a todo lo que se experimenta en cada instante. Esta actitud de apertura implica no juzgar ni valorar lo que se piensa o se vive. De forma sencilla, podría afirmarse que implica aprender a estar en lo que se está, en cada momento, en cada actividad. Supone vivir el presente en el presente y no perderse continuamente en pensamientos que remiten al pasado o a expectativas de futuro. Se orienta a ayudar a las personas que han sufrido varios episodios depresivos para prevenir nuevas recaídas por medio del aprendizaje del Mindfulness, además de psicoeducación sobre la actividad cognitiva y la depresión. El formato de intervención habitual ha estado compuesto por sesiones grupales y práctica en casa.

28.5. Ejemplo aplicado: el caso de Arturo

Arturo, de treinta y dos años, está preocupado y sufriendo mucha ansiedad por la aparición y repetición de pensamientos sobre su posible homosexualidad, que han empezado hace tres semanas. Desde entonces, continuamente se pregunta si no se estará engañando a sí mismo y, en realidad, es un homosexual que no quiere reconocer su verdadera orientación. Busca y rebusca pruebas definitivas y no puede evitar constantes "comprobaciones" mentales y lecturas de foros de internet para averiguar si alguien puede volverse homosexual. Tras analizar detenidamente el caso y considerar su historia evolutiva sexual, al modificador le queda claro que Arturo no tiene una orientación homosexual, sino que se trata de pensamientos de naturaleza obsesiva, igual que otros que tuvo en el pasado (contraer una enfermedad, no gustar suficiente a las chicas, cometer un error fatal en su trabajo, etc.). Le plantea que lo mejor para él sería no luchar contra tales pensamientos, sino aceptarlos. En el diálogo se ilustra, sintetizada, una metáfora que implica un primer paso para ayudar al trabajo de la aceptación y que luego abrirá el camino hacia la exposición.

M (Modificador): Hola, Arturo.

A (Arturo): Hola M.

M: Parece que sigues muy abatido.

A: Estoy fatal, sí. Esto es horroroso.

M: Veo que la explicación que te di el otro día, el comentarte lo que pensaba de tu caso, no te ha aliviado, lo cual es lógico, porque aún no hemos puesto ningún procedimiento en marcha.

A: ¿Puedes recordarme, básicamente, lo que me explicaste?

M: Claro. Mira, lo principal era esto, muy resumido: creo que tus pensamientos son tan repetitivos porque sin querer los retroalimentas y, por eso, cada vez tienes más ansiedad; y es lógico porque aquí, en este campo, no existe "la" prueba definitiva para saber si alguien es homosexual o no, o si va a volverse homosexual al cabo de un tiempo.

A: ¿Cómo es posible que los psicólogos no podáis saber eso a ciencia cierta?

M: Pues no. Es imposible, aunque sí puedo decirte que es muy improbable. Verás, Arturo, nosotros no podemos aplicar los modelos matemáticos de cálculo que tú usas en tu trabajo de ingeniería. Aunque mínima, aquí existe siempre una incertidumbre.

A: Ya, por desgracia.

M: Es más, en realidad, la orientación sexual no puede entenderse de forma absolutamente dicotómica. Y una última cosa que te expliqué, seguramente la más importante: es muy improbable que esos pensamientos lleguen a desaparecer por completo, pero eso no tiene que ver con que tú no recuperes la normalidad de tu vida. Aunque te vengan esas dudas, seguramente cada vez te importarán menos. De hecho, ya tuviste otros pensamientos que te angustiaron como estos y que creíste eliminados, pero luego siempre surgen otros nuevos más fuertes y angustiosos, así que

mejor aprender a convivir con ellos.

A: ¡Ufff!, pero cómo.

M: Vamos a intentar dejarlos como están, como son, sin luchar contra ellos.

A: Pero eso... ¿no puede ser contraproducente?

M: ¿En qué sentido?

A: Pues que..., no sé bien cómo explicártelo, como que "si bajo la guardia" y me despreocupo de esos pensamientos, me volveré homosexual.

M: Bueno, eso sí te puedo asegurar que no pasa. Una cosa es tu orientación sexual y otra los pensamientos obsesivos sobre ella. Es sobre esa pelea que tienes en la mente sobre la que vamos a actuar. Mira, te cuento algo. ¿Qué hace falta para jugar al ajedrez?

A: Pues... fichas, dos jugadores, un tablero.

M: Muy bien. Eso es. Aquí también tenemos estos componentes: fichas blancas y negras que son tus pensamientos en un sentido y otro (pruebas o "jugadas" de que no soy homosexual y las contrarias), dos jugadores, que también eres tú, y el tablero.

A: Sí, el tablero.

M: El tablero que soporta o contiene a las fichas.

A: Ya, ¿y?

M: El tablero es muy importante. Dime, Arturo: ¿al tablero le importan las jugadas?, ¿quién gane?, ¿cómo vaya la partida?

A: Me figuro que si tuviera conciencia, no le importaría.

M: ¿Y puede ir de un sitio a otro con las fichas encima?

A: Sí, claro, con cuidado de que no se caigan, pero puede. Mejor iría sin ellas, pero bueno.

A: Vale. Eso es. Me gustaría que te imaginases que estás tú en el nivel del tablero y, por encima, se dan todas esas jugadas - soy homosexual, no soy homosexual, con todas las vueltas que le das-. Pero al tablero no le afectan, no le importan.

A: ¿Pero no sería más fácil que se acabase, que... ganara la partida?

M: Sí, quizás, pero la partida, bien los sabes, volverá a empezar una y otra vez. Sé que es más sencillo ir a los sitios y estar en las distintas actividades que haces sin eso encima, sin todos esos pensamientos, pero, fíjate, ellos no tienen por qué decidir a dónde vas o qué haces o qué dejas de hacer.

A: Y, así, lo deajo estar, ¿eso es lo que tengo que hacer?

M: No hay una cosa ideal o perfecta para hacer, hay una actitud que promover por si tu experiencia te dice que es mejor, por si mejora tu vida actual.

A: Ahora mismo se está jugando la partida.

M: Y ahora mismo estamos aprovechando la sesión. Estás aquí conmigo, me explicas, yo te hablo... Podemos estar aquí aunque pase esa partida en tu cabeza.

A: Ya lo voy viendo. Supongo que ese ruido de fondo es algo que tendré que aceptar, dejarlo estar.

M: Es una opción que te invito a explorar.

Bibliografía

BANDURA, A. (1982). Teoría del aprendizaje social. Madrid: Espasa-Calpe.

BARRACA, J. (2004). La mente o la vida. Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso. Bilbao: Desclée de Brouwer.

BECK, A.T.; RUSCH, A.J.; SHAW, B. F. y EMERY, G. (1979). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brouwer.

BERSTEIN, D. A. y BORKOVEC, T. D. (1983). Entrenamiento en relajación muscular progresiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.

BUELA-CASAL, G. y SIERRA, J. C. (2001). Manual de evaluación y tratamientos psicológicos. Madrid: Biblioteca Nueva.

CABALLO, V. (1998). Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta. Madrid: Siglo XXI.

CABALLO, V. (2002). Manual de evaluación y entrenamiento en habilidades sociales. Madrid: Siglo XXI.

CARO, I. (2003). Psicoterapias cognitivas: Evaluación y comparaciones. Madrid: Paidós Ibérica.

CARRASCO GALÁN, M. J. (1992). Apuntes de modificación de conducta. Texto no publicado. Universidad Pontificia Comillas

CAUTELA, J. R. y KEARNEY, A. J. (1986). The Covert Conditioning Handbook. Nueva York: Springer.

CIDAD MAESTRO, E. (1991). Modificación de conducta en el aula e integración escolar. Madrid: UNED.

- CRESPO, M. y LARROY, C. (2008). Técnicas de modificación de conducta: Guía práctica y ejercicios. Madrid: Dykinson.
- DAVIS, M.; MCKAY, M. y ESHELMAN, E. R. (1985). Técnicas de autocontrol emocional. Barcelona: Martínez Roca.
- DRYDEN, W. (2009). Rational Emotive Behavior Therapy: Distinctive Features. Nueva York: Routledge.
- D'ZURILLA, T. J. (1986). Problem Solving Therapy: A Social Competence Approach to Clinical Intervention. Nueva York: Springer.
- D'ZURILLA, T. J. y GOLFRIED, M. R. (1971). "Problem Solving and Behavior Modification". *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- D'ZURILLA, T.J.; NEZU, A. M. y MAYDEU-OLIVARES, A. (2002). Social Problem Solving Inventory-Revised (SPSI-R): Technical Manual. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- ELLIS, A. y GRIEGER, R. (1990). Manual de Terapia Racional Emotiva. Vol. 1 y vol. 2 Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (2011). Evaluación psicológica: conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid: Pirámide.
- GAVINO, A. (2007). Guía de técnicas de Terapia de Conducta. Barcelona: Martínez Roca.
- HAYES, S. C. (2004). "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies". *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- HAYES, S.C.; LUOMA, J.B.; BOND, F.W.; MASUDA, A. y LILLIS, J. (2006). "Acceptance and Commitment Therapy: Model, Processes and Outcomes". *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.

- HAYES, S.C.; STROSAHL, K. D. y WILSON, K. G. (1999). Acceptance and Commitment Therapy. An Experimental Approach to Behavior Change. Nueva York: Guilford Press.
- HAYNES, S. N. y O'BRIEN, W. H. (2000). Principles and Practice of Behavioral Assessment. Nueva York: Kluwer Academic Publishers.
- JACOBSON, E. (1939). Progressive Relaxation. Chicago: U. of Chicago Press.
- JACOBSON, N. S. y CHRISTENSEN, A. (1998). Acceptance and Change in Couple Therapy: A Therapist's Guide to Transforming Relationships. Nueva York: Norton.
- KAZDIN, A. E. (1996). Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas. México: El Manual Moderno.
- KELLER, F. S. y RIBES IÑESTA, E. (1979). Modificación de conducta: aplicaciones a la educación. México: Trillas.
- KOHLBERG, R. J. y TSAI, M. (1991). Functional Analytic Psychotherapy. Creating Intense and Curative Therapeutic Relationship. Nueva York: Plenum Press.
- LABRADOR, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. Madrid: Pirámide.
- LABRADOR, F.J.; CRUZADO, J. A. y MUÑOZ, M. (1999). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide.
- LABRADOR, F.J.; ECHEBURÚA, E. y BECOÑA, E. (2000). Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica. Madrid: Dykinson.
- LINEHAN, M. M. (1993). Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. Nueva York: Guilford Press.

- LOOVAS, O. 1. (1977). *The Autistic Child: Language Development through Behavior Modification*. Nueva York: Irving.
- LYDDON, W. J. y JONES, J.V.Jr. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico: aplicaciones actuales y futuras*. México: El Manual Moderno.
- MAHONEY, M. J. (1997). *Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- MARTELL, C.R.; ADDIS, M. E. y JACOBSON, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. Nueva York: Norton.
- MARTIN, G. y PEAR, J. (2008). *Modificación de conducta. Qué es y cómo aplicarla*. Madrid: Pearson Prentice-Hall.
- MCKAY, M.; DAVIS, M. y FANNING, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- MEICHENBAUM, D. (1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- OLIVARES RODRÍGUEZ, J. y MÉNDEZ CARRILLO, F. X. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- PÉREZ ÁLVAREZ, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- RUIZ, M.A.; DÍAZ, M. I. y VILLALOBOS, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Bilbao: Desclée de Brouwer 11
- SÁNCHEZ PRIETO, M.; SEGURA GÁLVEZ, M. y BARBADO NIETO, P. (1995). *Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo (Análisis de casos y supuestos aplicados)*. Granada: Universidad de Granada.
- SEGAL, V.Z.; WILLIAMS, M. G. y TEASDALE, J. D. (2002).

Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventive Relapse. Nueva York: Guilford Press.

SKINNER, B. F. (1953). Science and Human Behavior. Nueva York: McMillan.

SKINNER, B. F. (1957). Verbal Behavior. Nueva York: Appleton.

VALLEJO, M. A. (2012). Manual de Terapia de Conducta. Vol. 1 y vol. 2. Madrid: Dykinson.

VALLEJO, M. A. y RUIZ, M. A. (1993). Manual práctico de modificación de conducta. Vol. 1 y vol. 2. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

VALLÉS ARÁNDIGA, A. (1990). Modificación de la conducta problemática del alumno. Alcoy: Marfil.

VÁZQUEZ VALVERDE, C. (2003). Técnicas Cognitivas de Intervención Clínica. Madrid: Síntesis.

VV.AA. (2006). "Monográfico: Últimos desarrollos de la Terapia de Conducta (ante la tercera generación)". EduPsykhé, 5 (2).

WILSON, K. G. y LUCIANO SORIANO, M. C. (2002). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores. Madrid: Pirámide.

WOLPE, J. (1958). Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford: University Press.

WOLPE, J. (1977). La práctica de la terapia de conducta. México: Trillas.