

Aurora Gavino

Técnicas de terapia de conducta



71

martínez roca

libros universitarios y profesionales

6. Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones	112
6.1. Solución de problemas	112
6.2. Detención del pensamiento	120
7. Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones	126
7.1. Terapia cognitiva	126

Capítulo 1

Introducción

Este libro va dirigido a todas aquellas personas que, por su trabajo, precisan conocer alguna de las técnicas que presentamos aquí.

Las técnicas de terapia de conducta han mostrado su eficacia a lo largo de las últimas décadas en los distintos ámbitos en los que se han aplicado: área de salud, área educativa y área laboral, fundamentalmente. Profesionales pertenecientes a distintos campos las han utilizado obteniendo resultados positivos. Fisioterapeutas, enfermeros, maestros, terapeutas y psicólogos en general hacen uso, en mayor o menor medida, de estas técnicas.

Sin embargo, con gran frecuencia nos encontramos que se utilizan de manera distinta en función del caso al que se dirigen y del profesional que las aplica. El motivo no es otro que la falta de fuentes bibliográficas que presenten estas técnicas de forma práctica y detallada.

Efectivamente, son pocos los escritos que explican de manera sencilla y clara cuándo, cómo y a quién se puede y se debe aplicar un moldeamiento, un coste de respuesta o una desensibilización sistemática, por poner algún ejemplo. Tampoco abunda literatura sobre qué hay que hacer exactamente para poner en marcha tales técnicas ni qué hacer en el caso de que surjan problemas mientras se están aplicando.

Los estudiantes de psicología se quejan con cierta frecuencia, no sin razón, de esa falta de información a la que estamos haciendo referencia. En las aulas normalmente se enseñan las bases teóricas de la terapia de conducta, sus aplicaciones y los resultados de la investigación sobre sus principios teóricos y eficacia terapéutica, pero rara vez se hace hincapié en las propias técnicas en sí, tal y como planteamos aquí.

A lo largo de los años, pues, el contacto con estudiantes y terapeutas noveles nos ha hecho constatar la necesidad de enseñarles a utilizar las técnicas de terapia de conducta de manera sistemática y práctica con el fin de facilitarles su dominio y su consiguiente aplicación adecuada, una vez que han decidido cuál de ellas es la más conveniente para el caso concreto.

Este libro pretende responder precisamente a esta demanda. La experiencia de muchos años de intervención y tratamiento en el área clínica nos ha permitido estructurar las téc-

nicas de manera que no haya confusión a la hora de aplicarlas. La elaboración de sus pasos, así como los posibles problemas que pueden surgir en cada una de sus partes, amén de las estrategias más útiles para solucionar dichos problemas, son fruto de muchas horas de trabajo, a un nivel tanto teórico como práctico.

Aun a pesar de la seguridad de que existen otras posibilidades de aplicar las técnicas, así como otros problemas y estrategias, las autoras de este libro han expuesto su forma de trabajar y la manera de utilizar las técnicas que la experiencia les ha mostrado como la más eficaz. Posiblemente, dentro de unos años algunos de los contenidos expuestos en este libro cambien, bien porque hayamos observado la ventaja de modificar algún paso, bien porque comprobemos nuevas estrategias eficaces para combatir inconvenientes que han ido surgiendo en la práctica terapéutica.

No pretendemos tecnificar la modificación de conducta dando la impresión de que saber en qué consisten las técnicas y cómo aplicarlas es suficiente. Por el contrario, consideramos que una buena formación psicológica, una buena base teórica y una preparación adecuada en las distintas corrientes psicológicas asientan los cimientos de un buen psicólogo; no obstante, no debemos olvidar que el profesional necesita aplicar sus instrumentos de trabajo en el momento preciso y de la manera correcta. Las técnicas terapéuticas son las herramientas que utiliza diariamente, su buen uso dependerá del conocimiento que tenga de ellas.

Pero este libro no va dirigido únicamente al estudiante de psicología o al psicólogo novel. También pretende servir, como ya hemos apuntado más arriba, a todo aquel profesional que, por su trabajo, necesita usar las técnicas de la terapia de conducta para conseguir unos resultados determinados.

El deseo de utilidad práctica es el que nos ha llevado a escribir las páginas que siguen. Si son útiles para el cometido que aquí hemos planteado, el esfuerzo que ha supuesto su elaboración habrá merecido la pena. Con esta esperanza les presentamos esta obra.



Capítulo 2

Técnicas basadas en la información

Pilar Cobos y Aurora Gavino

2.1. BIBLIOTERAPIA

Definición

Consiste en dar a la persona que solicita ayuda una bibliografía sobre el tema problemático para que lo conozca y lo comprenda mejor y, de esa forma, ayudarle en la resolución de su problema.

- La bibliografía debe ser sencilla de leer.
- La selección de la bibliografía ha de ser completa pero breve para que el terapeuta esté seguro de que se va a leer.
- La lectura no ha de ser excesivamente técnica. Se ha de procurar que sea clara y amena.

Pasos para su aplicación

1. Selección adecuada del documento.
2. Entrega del documento.
3. Debate sobre el documento.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Que no se haya leído el texto.
2. Que habiéndoselo leído no lo comprenda.
3. Que lo considere innecesario porque «domina» el tema.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Se recuerda en la siguiente sesión la importancia que tiene el manejo de información adecuada para la comprensión del problema y la modificación de la conducta. Se puede establecer un contrato de actuación en el proceso terapéutico en el que quede reflejado el nivel de compromiso tanto del cliente como del terapeuta.
2. Se trabaja en consulta el tiempo que sea necesario para la total comprensión de los principios básicos. Se adecuará el lenguaje utilizado al nivel sociocultural del cliente.
3. Se debatirá sobre el tema para que quede manifiesta la necesidad de ampliar la información.

Características del terapeuta

- Debe hacer una selección adecuada del texto.
- Ha de conocer y seleccionar tanto el contenido como la extensión del documento.
- Debe adecuar el lenguaje durante el debate del documento al nivel cultural del cliente.

Características del cliente

- Debe saber leer.
- Ha de cumplir la instrucción de lectura.
- Ha de atender y participar en el debate.

Ámbitos de aplicación

- Se utiliza sola o como parte de un conjunto de técnicas.
- Se recurre a ella cuando uno de los problemas del cliente es la falta de información y se considera que al leer sobre el tema se le van a aclarar dudas y solucionará su problema, ya que la persona no realiza la conducta adecuada, o la ejecuta mal, porque desconoce la manera de llevarla a cabo adecuadamente.
- Se ha aplicado frecuentemente en:
 - Control de la conducta disruptiva de los hijos.
 - Enuresis.
 - Problemas en la relación sexual.
 - Sobrepeso.

Caso ilustrativo

Se trata de un niño de 11 años y 2 meses cuyos padres acuden a consulta debido a que consideran que el comportamiento de su hijo es bastante «inseguro»: no quiere quedarse en casa solo y exige saber en todo momento dónde van a estar los padres y/o el hermano mayor (17 años). Ambos padres son profesionales en activo (estudios superiores) y con determinadas obligaciones sociales derivadas del trabajo, lo cual les obliga a volver a casa después que el niño y, en ocasiones, a tener que salir por la noche. En esas circunstancias

la asistenta está en casa y si se trata de la noche, su hermano mayor lo cuida ya que se niegan a tener un/una canguro.

Los padres, ante las presiones del niño (llantos, ruegos, «ponerse enfermo», estar tan preocupado que «no puede estudiar», etc.), optan por no salir de casa, salvo lo imprescindible, llamando cada hora para ver cómo está el niño o por quedarse uno de los dos para cuidarlo. Con ello están reforzando este comportamiento por la gran atención que le dedican cuando presenta dicha conducta.

En la evaluación también aparecen las siguientes conductas:

- Carece de autonomía para ir solo al colegio (puede ir caminando unos 300 metros por una calle llena de niños que se dirigen al mismo).
- No colabora en el mantenimiento del orden de la casa (se niega a hacer su cama y recoger sus cosas).
- No se separa de sus padres cuando pasean o van en bicicleta.
- No quiere quedarse más de unos minutos o se niega a bajar solo al patio preguntando constantemente quién estará en casa cuando vuelva.

Del análisis funcional de las conductas-problema establecimos la hipótesis de que éstas se mantenían por unas inadecuadas contingencias ante las mismas, ya que los padres, para evitar que el niño sufriera, actuaban de forma inapropiada. Por ese motivo, vimos la necesidad de controlarlas reorganizando la forma de presentación y retirada de refuerzos y castigos haciéndolos contingentes con la conducta objetivo, con el objeto de aumentar o disminuir su probabilidad de aparición.

Para ello necesitamos que los padres manejaran los principios básicos del condicionamiento operante que se emplean en la Modificación de Conducta: refuerzo positivo y negativo, castigo positivo y negativo, extinción y recuperación, por lo que, entre otras, decidimos usar la técnica de biblioterapia.

Aplicación de la técnica

Primer paso: selección adecuada del documento

T: *A la vista del análisis de las situaciones problemáticas, parece bastante evidente que en la mayoría de las ocasiones tras la emisión de una conducta inadecuada de vuestro hijo, como por ejemplo llantos ante la idea de que salgáis por la noche, vosotros le dais algo muy agradable para él que es vuestra presencia y vuestra atención, con lo que ese comportamiento es reforzado y se mantiene. Eso no le ayudará en el futuro a que sea independiente y seguro por lo que voy a proponeros hacer algunos cambios ante la emisión de esas conductas inadecuadas por parte de vuestro hijo. Sin embargo, y antes de pedir los cambios, es necesario que leáis un documento que os hemos preparado en el que de una forma sencilla se describen los principios básicos del condicionamiento operante que se emplean en la Modificación de Conducta: refuerzo positivo, y negativo, castigo positivo y negativo, extinción y recuperación.*

Una vez que los hayáis leído y comentado entre vosotros, los debatiremos en consulta y los ilustraremos con ejemplos reales hasta tener la certeza de que podéis identificar lo que ocurre y de que estáis preparados para utilizar las técnicas que se os propongan.

Segundo paso: entrega del documento

Se les facilitó a los padres un documento sencillo bajo el título: «¿Se puede modificar una conducta?» en el que de forma clara y con ejemplos prácticos se explica cómo las con-

secuencias que siguen a una conducta inciden en las mismas, aumentando o disminuyendo su probabilidad de aparición.

Tercer paso: debate sobre el documento

T: *Después de haber tenido una semana el documento en vuestro poder vamos a comentar lo que en él se trata. Podéis comenzar por indicar aquellas cuestiones en las que os hayáis sentido identificados...*

Ahora me gustaría saber si hay algún apartado que no hayáis entendido o que os resulte especialmente difícil, y después haremos hincapié en los conceptos contigüidad y contingencia.

A continuación, y utilizando vuestros propios registros, vamos a volver a hacer un análisis utilizando los principios básicos que habéis aprendido y dando la explicación pertinente.

A partir de ese momento se completó la intervención aplicando el resto del paquete terapéutico. Ésta se llevó a cabo a través de los padres, que actuaron de coterapeutas, y sin que el niño estuviera informado de que recibían instrucciones en psicoterapia. Los cambios fueron propuestos por los padres como un intento por ayudarle a eliminar el problema, de la misma forma que ya le ayudaban en las tareas escolares o en el aprendizaje de distintas actividades.

2.2. INFORMACIÓN

Definición

Consiste en proporcionar información a la persona sobre algún tema particular. Se utiliza cuando la falta de información hace que la persona no lleve a cabo determinada/s conducta/s o no actúe adecuadamente en determinada/s situación/es.

Pasos para su aplicación

1. Determinar qué información se le ha de proporcionar al cliente.
2. Informar al cliente de forma clara, concisa y sencilla.
3. Pedir feedback al cliente para comprobar que entiende correctamente la información.
4. Si se considera oportuno, se le proporcionará la información por escrito.

Características del terapeuta

- Ha de ser claro en la exposición de la información.
- Debe adaptar el lenguaje al nivel cultural del sujeto.

Ámbitos de aplicación

- Siempre que se considere necesario, en el transcurso de una terapia, para la consecución de los objetivos.
- Se ha aplicado frecuentemente en:
 - Control de la conducta disruptiva de los niños.
 - Enuresis.
 - Problemas en la relación sexual.
 - Sobrepeso.

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 32 años, casada, que trabaja como auxiliar administrativa. Vive con su marido y dos hijas de 6 y 3 años.

Se muestra muy preocupada porque en diversas ocasiones ha observado a su hija mayor tocándose los genitales. Piensa que éste comportamiento no es normal, y menos con la edad de su hija. En un principio no hacían nada ya que estaban muy sorprendidos, pero en las últimas ocasiones le regañan y dan algún cachete cuando observan el comportamiento de la niña. Además, la vigilan continuamente para evitar que se repita.

Aplicación de la técnica

Primer paso: determinar qué información se le ha de proporcionar al sujeto

Puesto que la preocupación de la paciente era consecuencia de una falta de información sobre sexualidad se optó por proporcionarle información al respecto.

Segundo paso: informar al sujeto de forma clara, concisa y sencilla

Se le dio información en sesión acerca de la sexualidad infantil: qué comportamientos sexuales eran normales en la infancia, y en cualquier otra etapa del desarrollo; se le explicó en qué consistía la conducta masturbatoria y por qué tenía lugar; y, por último, se resaltó la normalidad del comportamiento de la niña.

Tercer paso: pedir feedback al paciente para comprobar que entiende correctamente la información

Se le pidió que formulara cualquier pregunta que tuviese al respecto o sobre todo aquello que no hubiese comprendido.

Cuarto paso: proporcionar la información por escrito

Se les recomendó a los padres algunos libros sobre información y pautas de educación sexual a través de biblioterapia (véase apartado 2.1).

2.3. ORIENTACIÓN

Definición

Consiste en proporcionar a la persona instrucciones precisas sobre cómo actuar ante determinada/s situación/es.

Se utiliza cuando la persona que solicita ayuda precisa de instrucciones concretas para poder llevar a cabo una actuación que sería capaz de realizar pero que no pone en práctica debido a su falta de información al respecto.

Pasos para su aplicación

1. Determinar claramente cuándo habrán de ser puestas en práctica cada una de las instrucciones.
2. Operativizar las instrucciones. Han de ser claras, concisas y sencillas.
3. Pedir feedback al cliente para comprobar que ha comprendido las instrucciones, así como para valorar la disponibilidad para llevarlas a cabo.
4. Proporcionar las instrucciones por escrito.

Características del terapeuta

- Fundamentalmente ha de saber dar instrucciones claras y bien operativizadas.
- Adecuar el lenguaje al nivel del cliente.

Características del cliente

- Debe tener adherencia a las instrucciones.

Ámbitos de aplicación

- Siempre que se considere necesario, en el transcurso de una terapia, para la consecución de los objetivos.
- Se ha aplicado frecuentemente en:
 - Control de la conducta disruptiva de los niños.
 - Enuresis.
 - Problemas en la relación sexual.
 - Sobrepeso.

Caso ilustrativo

Se trata de dos jóvenes de 16 años, estudiantes de bachillerato. Una de sus amigas está recibiendo tratamiento por un problema de anorexia. Ambas demandan ayuda porque no entienden qué es lo que le ocurre a su amiga ni saben cómo comportarse con ella en determinadas situaciones.

Aplicación de la técnica

Primer paso: determinar cuándo habrán de ser puestas en práctica cada una de las instrucciones

En primer lugar se definieron operativamente los comportamientos ante los cuales «no sabían qué hacer».

Cuando están reunidas, la joven comienza a hablar de la comida, se queja de su gordura y de su imagen física monopolizando las conversaciones, tras lo cual acaba siempre llorando y las amigas la consuelan.

Segundo paso: operativizar las instrucciones a llevar a cabo

En primer lugar, se les dio información (véase apartado 2.2) acerca del trastorno de «Anorexia nerviosa», fundamentalmente referida a los comportamientos problemáticos que suelen darse en las personas que sufren este trastorno.

Por otro lado, se establecieron las siguientes pautas de comportamiento para cuando surgiese la situación problemática:

a) No hacer ningún comentario en respuesta a las quejas sobre la comida, el peso o la imagen física y cambiar inmediatamente el tema de conversación (extinción).

b) En su lugar, prestar atención y hacer comentarios positivos cuando la joven hablase de temas ajenos a la comida o la imagen física (reforzamiento positivo).

En este caso, las instrucciones proporcionadas al sujeto consistieron en la aplicación de determinadas técnicas terapéuticas, pero no tiene por qué ser siempre así.

Tercer paso: pedir feedback al sujeto para comprobar que ha comprendido las instrucciones, así como para valorar la disponibilidad para llevarlas a cabo

Se comentaron las instrucciones con las dos jóvenes y se les pidió que pensaran en posibles problemas que podrían impedir su puesta en práctica.

En este caso se ensayó en consulta, mediante la técnica de ensayo de conducta (véase apartado 5.2) la forma en que se deberían llevar a cabo las instrucciones.

Cuarto paso: proporcionar las instrucciones por escrito

Al objeto de asegurar que las instrucciones no fueran olvidadas, se les facilitaron las mismas por escrito en un lenguaje claro y sencillo. De este modo se podría acceder a ellas cada vez que fuera necesario.

Capítulo 3

Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas

Pilar Cobos, Aurora Gavino y Carmen Berrocal

3.1. MOLDEAMIENTO

Definición

Consiste en el reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a la conducta terminal y la extinción de las aproximaciones anteriores. Este procedimiento se usa para instaurar una conducta que todavía no existe en el repertorio del sujeto.

Pasos para su aplicación

1. Seleccionar los reforzadores que se van a utilizar.
2. Dividir la conducta en pasos sucesivos.
3. Enseñar y reforzar positivamente las aproximaciones sucesivas a la conducta terminal, empezando por el principio de la conducta terminal.
4. Conforme se va avanzando en cada uno de los pasos, extinguir los anteriores.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Selección incompleta o errónea de los reforzadores.
2. La conducta terminal se ha dividido en pocos pasos.
3. El sujeto no presta atención.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Antes de aplicar la técnica se recogen todos los posibles reforzadores: entrevista a padres, educadores, etc. Se le aplican cada uno de ellos valorando los terapeutas el orden de preferencia manifestado por el sujeto al recibirlos.
2. Se divide la conducta terminal en pasos, de manera que entre uno y otro la variación

sea mínima. Si en la aplicación de la técnica el sujeto lo asimila con facilidad, se puede saltar alguno de los pasos.

3. Se comienza con el reforzador de mayor valor para el sujeto. Se le enseña al sujeto y se inicia el paso correspondiente. Se empieza aplicando modelado para que el sujeto vea la secuencia conducta-reforzador.

Características del terapeuta

- Ha de ser el modelo.
- Reforzador sistemático de todas las aproximaciones a la conducta terminal.
- Tener paciencia, ya que se emplea mayoritariamente con sujetos que aprenden lentamente.
- Escoger refuerzos apropiados.
- Ha de tener precaución en la división de los pasos.

Características del cliente

- Se aplica cuando el sujeto tiene severas limitaciones.
- La conducta a conseguir no ha de estar en el repertorio del sujeto.
- Ha de ser capaz de prestar atención.
- Debe disponer de refuerzos inmediatos y existentes en el ambiente.

Ámbitos de aplicación

- Conductas de aseo.
- Lenguaje.
- Fundamentalmente, en deficientes.

Caso ilustrativo

Se trata de un niño de 5 años y 7 meses que acude a consulta porque no puede pronunciar el fonema /r1/ (*r* suave en medio de palabra sin que vaya precedida de *l*, *n*, o *s*), ni las sílabas directas dobles (sinfones) en las que este fonema está implicado: /br/, /cr/, /dr/, /fr/, /gr/, /pr/ y /tr/, ni el /r2/ (corresponde a *rr* y a *r* inicial o precedida de *l*, *n* o *s*).

Con respecto a /r1/ ésta es sustituida por /d/, ya que para su emisión coloca la punta de la lengua en el borde de los incisivos superiores en lugar de en la protuberancia alveolar de los incisivos superiores, de tal modo que pronuncia *Madía* en lugar de *María*, *todo* por *toro*, etc.

Las sílabas directas dobles, las convierte en simples, ya que omite el fonema /r1/: pronuncia *bazo* en lugar de *brazo*, *quema* por *crema*, etc.

Con respecto a /r2/ también lo sustituye por el fonema /d/: *macadones* o *dosa* en lugar de *macarrones* o *rosa*.

Puesto que dichos fonemas no se encuentran en el repertorio del niño, decidimos usar la técnica de moldeamiento en el siguiente orden: en primer lugar para conseguir el fonema /r1/, en segundo lugar para los sinfones con /r1/ y por último para /r2/.

Aplicación de la técnica

Primer paso: seleccionar los reforzadores que se van a utilizar

En primer lugar, le preguntamos al niño sobre su preferencia respecto a un listado de potenciales reforzadores que teníamos en consulta (caramelos, pegatinas, cromos, jugar a la oca, loto, etc.). Anteriormente habíamos consultado a los padres por si había algún problema en la administración de caramelos al niño.

T: *Observa las cosas que aparecen en esta lista (se las leemos). Todas son estupendas pero seguro que a ti te gustan unas más que otras. Si pudieras elegir, ¿con cuál te quedarías? Y de las restantes, ¿cuál elegirías?*

Así continuamos hasta confeccionar un listado según las preferencias particulares de este niño en cuestión.

A continuación se pasó a hacer un análisis de la conducta deseada en función de los elementos que la conforman:

Segundo paso: dividir la conducta en pasos sucesivos

La conducta terminal era que emitiera correctamente el fonema /r1/.

Los *pasos* se establecieron como sigue:

1. Golpear con la punta de la lengua suavemente en la protuberancia alveolar superior.
2. Rozar rápidamente con la punta de la lengua la protuberancia alveolar: hacia dentro con la cara superior, y hacia fuera con la cara inferior.
3. Pronunciar: la, la, la, rápidamente.
4. Inspirar profundamente y articular alternativa y rápidamente los fonemas /t/, /d/ mientras se espira.
5. Inspirar profundamente y articular alternativa y rápidamente los fonemas /t/, /l/ mientras se espira.
6. Golpear con la punta de la lengua la protuberancia alveolar. Al separarla expulsar el aire, sin voz, produciendo una pequeña explosión.
7. Golpear con la punta de la lengua la protuberancia alveolar, expulsando el aire con voz para producir el fonema /r1/.
8. Emisión de palabras que contengan el fonema /r1/.

Como *ejercicios preparatorios* para moldear el fonema /r1/ se realizaron los siguientes:

- Colocar los incisivos inferiores detrás de los superiores en distinto plano vertical.
- Doblar la punta de la lengua hacia arriba y hacia atrás, con ayuda de los incisivos superiores.
- Doblar la punta de la lengua hacia abajo y hacia atrás, con ayuda de los incisivos inferiores.
- Llevar la punta de la lengua hacia arriba, estando el resto de ella en sentido horizontal.
- Golpear la cara anterior y posterior de los incisivos superiores, rápidamente, con la punta de la lengua.
- Tocar con los bordes de la lengua la cara interna de los molares, la encía y parte del paladar (para impedir que el aire salga lateralmente).

Tercer y cuarto pasos: aprendizaje y refuerzo de cada paso y extinción del anterior

Una vez dividida la conducta terminal en pasos se comienza con el aprendizaje de los mismos. Para ello se modeló y se trabajó ante el espejo el primer paso e inmediatamente después de su aparición se reforzó sistemáticamente al niño.

T: *Ahora vamos a enseñarle a tu lengua cómo debe colocarse y moverse para que puedas pronunciar los sonidos que aún no dominas. Primero quiero que me observes dónde la coloco yo y cómo la muevo y después tendrás que hacerlo tú de la misma forma delante del espejo. Se trata de golpear con la punta de la lengua suavemente en este bultito (protuberancia alveolar superior) que ahora te toco con el depresor. Por cada golpecito que des recibirás un kiko.*

Una vez realizado sin ninguna dificultad, se aborda el paso número dos reforzando sistemáticamente su aparición y dejando de reforzar el primero (extinción).

T: *Muy bien. Ya puedes golpear en el sitio adecuado sin ninguna dificultad y has conseguido bastantes kikos por ello. Ahora para conseguirlos tendrás que dar un paso más y así te acercarás al sonido que queremos que pronuncies que es /r1/ (lo pronunciamos). Observa cómo rozo rápidamente con la punta de la lengua la protuberancia alveolar: hacia dentro con la cara superior, y hacia fuera con la cara inferior. Ahora tendrás que repetirlo tú delante del espejo. Cada vez que lo hagas hacia dentro y hacia fuera recibirás un kiko, pero no antes.*

Se continuó de la misma manera con todos los pasos: reforzando el siguiente y dejando de reforzar el anterior (extinción) hasta que consiguió la producción del fonema correctamente, primero en forma aislada y después en palabras.

Para la consecución de los sinfonos y del fonema /r2/ se actuó de forma similar.

3.2. ENCADENAMIENTO

Definición

Consiste en interrumpir una serie encadenada de conductas en los primeros eslabones de la cadena cuando se aplica para la disminución o eliminación de una conducta. Cuando se trata de instaurar una conducta compleja que el sujeto no tiene en su repertorio, consiste en elaborar una cadena de conductas o pasos que se refuerzan y son necesarios que permanezcan para conseguir la conducta meta. Se utiliza para desarrollar series de respuestas partiendo de aquellas que normalmente existen en el repertorio del sujeto.

Pasos para su aplicación

1. Selección adecuada de reforzadores.
2. Dividir la conducta en pasos sucesivos.
3. Moldeado del paso o pasos que el sujeto no tenga en el repertorio.

4. Aprendizaje de cada paso y refuerzo sistemático positivo de la conducta terminal (cada paso viene seguido de un estímulo reforzador, que lo mantiene, y que es a la vez estímulo discriminativo del paso siguiente).

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Selección incompleta o errónea de los reforzadores.
2. La conducta terminal se ha dividido en pocos pasos.
3. El sujeto no presta atención.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Antes de aplicar la técnica se recogen todos los posibles reforzadores: entrevista a padres, educadores, etc. Se le aplican cada uno de ellos valorando los terapeutas el orden de preferencia manifestado por el sujeto al recibirlos.
2. Se divide la conducta terminal en pasos de manera que entre un paso y el anterior la variación sea mínima.
3. Se comienza con el reforzador de mayor fuerza. Se empieza aplicando modelado. De esta manera, el sujeto ve la secuencia: conducta-reforzador.

Características del terapeuta

- Selección adecuada de reforzadores.
- Ha de conocer y escoger tanto el número como el contenido de cada fase o paso.

Características del cliente

- Los segmentos de conducta (los eslabones) han de estar mayoritariamente en su repertorio.
- Ha de atender y entender las instrucciones.
- Ha de aportar lista de reforzadores.

Ámbitos de aplicación

- Conductas que el sujeto no sabe realizar pero las conoce. El problema consiste en el desconocimiento de la secuencia lógica que se necesita para llegar a la conducta terminal.

Caso ilustrativo

Se trata de un niño de 6 años y 8 meses cuyos padres acuden a consulta debido a que su hijo presenta un miedo indefinido al despertarse a media noche.

Esto sucede, bien porque tenga ganas de hacer pis, a consecuencia de algún sueño, o en ocasiones, sin que aparentemente haya nada que lo origine. El niño entonces llora o grita *no quiero dormir solo, quiero hacer pis, tengo miedo, quiero dormir con la tata* (hermana) *o contigo* (la madre), pasándose normalmente a la cama de la hermana.

Tras la evaluación se constató que el niño, aunque tiene en su repertorio las conductas que le permitirían tranquilizarse y hacer uso del cuarto de baño si fuera necesario, no las conecta entre sí, ya que los padres (la madre mayoritariamente) y la hermana acuden a su lado.

Junto con instrucciones terapéuticas a los padres dirigidas a disminuir el miedo se decide utilizar la técnica de encadenamiento para dotar al niño de la cadena de conductas que necesitaría utilizar, en el caso de que se despertara. El paquete terapéutico lo complementamos con refuerzo verbal y con una economía de fichas (véase apartado 3.4) para reforzar los pasos de la cadena y con coste de respuesta (véase apartado 3.5) para eliminar las conductas de pasarse a la cama de la hermana y de llamar a los padres.

Para la aplicación de dichas técnicas usamos a los padres como coterapeutas para lo cual se les entrenó en la aplicación de las mismas y en los principios básicos del condicionamiento operante. De esta forma evitábamos que el niño tuviera que acudir a consulta con lo que probablemente daría más importancia al problema.

Aplicación de la técnica

Primer paso: selección adecuada de reforzadores

T: *En primer lugar vamos a reflexionar sobre las cosas que más le gustan a vuestro hijo para poder utilizarlas cada vez que consiga dar un paso en la línea que deseamos. Valen tanto las cosas como las actividades que más le gusten. Cuando lleguéis a casa las ordenaréis según su preferencia porque a cada una deberemos darle un valor en fichas en función de la misma. Para alcanzar lo menos deseado necesitará menos fichas y para lo más deseado el mayor número de ellas.*

El listado quedó como sigue:

Listado de reforzadores y fichas correspondientes

Reforzadores	Fichas
– Su comida favorita	5
– Un libro de cuentos	7
– Una moto de juguete	10
– Una comida en McDonald	20
– Un muñeco Gusi-luz	40
– Un colchón como el de la hermana	60

Para que siempre tuviera a la vista el número de fichas que llevaba conseguidas y los reforzadores que podría obtener por las mismas, se le confeccionó un panel con casillas para señalarlas. Los reforzadores estarían dibujados junto con su valor (véase apartado 3.4).

Segundo paso: dividir la conducta en pasos sucesivos

T: *Ya que sabemos cuáles son las cosas que le gustan a vuestro hijo vamos a examinar las situaciones que se dan cuando se despierta a media noche y a establecer unos pequeños pasos en cada una de ellas para que, al conectarlos entre sí, vuestro hijo pueda ir al*

baño o esperar tranquilamente el sueño sin necesidad de llamaros. Él sabe hacer cada paso de forma independiente. Ahora se trata de conectarlos todos para permitirle mayor autonomía. Para facilitarle esa conexión le vais a ir administrando una serie de fichas que luego él podrá canjear por los reforzadores del listado.

Se establecieron dos series de cadenas para dos situaciones: a) despertarse con ganas de hacer pis y b) despertarse sin ganas de hacer pis. La conducta meta o terminal en ambos casos era que la ejecutara *con autonomía y sin llamar a nadie*.

Para la situación a) se establecieron los siguientes pasos:

1. Encender la luz de la mesilla sin llamar a nadie.
2. Ponerse las zapatillas e ir hacia la puerta.
3. Cruzar el pasillo (con la luz del dormitorio) hasta el baño (puerta de enfrente) y encender la luz del mismo.
4. Hacer pis y tirar de la cadena.
5. Apagar la luz del baño y cruzar al dormitorio.
6. Meterse en la cama y apagar la luz de la mesilla.

Para la situación b) se establecieron los siguientes:

1. Encender la luz de la mesilla.
2. Coger el libro de cuentos y abrirlo por donde está señalado.
3. Leer un rato hasta sentir de nuevo sueño.
4. Apagar la luz para volver a dormir.

Tercer paso: moldeado del paso o pasos que el sujeto no tenga en el repertorio

En este caso no hizo falta moldear ningún paso (eslabón) ya que todos estaban en el repertorio del sujeto.

Cuarto paso: aprendizaje de cada paso y refuerzo sistemático positivo de la conducta terminal

T: *Ahora vamos a determinar cómo le vamos a enseñar a encadenar los pasos y de qué manera le vamos a reforzar. Todo ello se lo contaréis en casa para que tenga una idea concreta de lo que esperamos de él y de lo que puede esperar si consigue realizar cada paso con autonomía. Se detallarán todos los premios.*

Vamos a comenzar por la situación a) el niño se despierta con ganas de hacer pis.

Como sabéis la conducta terminal es que vaya él solo al cuarto de baño, haga pis y vuelva a su cama sin necesidad de llamar a nadie y sin cambiarse a la cama de la hermana y para conseguirlo hemos determinado 6 pasos. Vamos a seguir el camino inverso al de la numeración, es decir, encadenaremos hacia atrás comenzando por afianzar el último eslabón, luego el penúltimo, después el antepenúltimo hasta llegar al primero y así tenerlos todos conectados. La razón es que siempre se debe reforzar la conducta terminal y los primeros eslabones están lejos de aquella.

Partiremos de lo que en él es usual: llamar a la madre y que ésta vaya a tranquilizarlo, lo acompañe al baño y lo vuelva a llevar a su dormitorio apagándole la luz.

A partir de ahora, cuando el niño llame acudirá la madre o el padre indistintamente y en un número equitativo de veces. Se le encenderá la luz y acompañará al baño pero al cruzar a su dormitorio el padre o la madre se quedarán en la puerta y pedirán al niño que se meta en la cama y que apague la luz él solito, ya que por ello puede conseguir dos fichas. Además añadirá que él puede hacerlo porque es muy mayor y muy valiente.

Cuando el niño haga esto sin problema le anunciaremos que a partir de ahora, como eso ya lo hace muy bien, se le acompañará hasta que él termine de hacer pis pero que él deberá apagar la luz del baño, cruzar a su dormitorio, meterse en la cama y apagar la luz y así conseguirá tres fichas. El padre o la madre permanecerán en el pasillo hasta que complete la secuencia.

Si no hace los dos pasos seguidos, no conseguirá nada y volveréis al último paso.

Cuando esos dos pasos se den sin problema plantearemos el siguiente de esta forma: Ya eres capaz de hacer dos pasos seguidos muy bien y estás demostrando que cada vez te pareces más a los mayores que no necesitan llamar a nadie si se despiertan. Ahora será necesario que hagas tres cosas seguidas para recibir 4 fichas: 1) hacer pis y tirar de la cadena estando tú solo en el baño; 2) apagar la luz y cruzar a tu dormitorio, y 3) meterte en la cama apagando la luz. Vosotros lo acompañaréis hasta el baño y después os retiraréis a vuestro dormitorio.

Si no hace esos tres pasos seguidos, no conseguirá nada y volveremos al paso en el que se haya quedado manteniendo las mismas instrucciones.

Una vez que se realicen los tres pasos seguidos sin problema propondremos añadir el paso siguiente –cruzar el pasillo y encender él mismo el baño– para poder recibir 5 fichas. En este paso sólo iréis para encenderle la luz del dormitorio y esperaréis mientras se pone las zapatillas y se dirige a la puerta. En ese momento os dirigiréis a vuestro propio dormitorio recordándole que podrá conseguir 5 fichas por hacerlo él solo todo seguido.

Para el paso siguiente –ponerse las zapatillas e ir hacia la puerta– vosotros sólo estaréis hasta el momento de encenderle la luz de su dormitorio. Después de eso volveréis al vuestro mientras que el niño realiza lo siguiente: 1) ponerse las zapatillas e ir hacia la puerta; 2) ir hacia el baño y encender la luz del mismo; 3) hacer pis y tirar de la cadena; 4) apagar la luz del baño y cruzar a su dormitorio, y 5) meterse en la cama y apagar la luz. Si realiza todo eso seguido y sin volver a llamar, recibirá 6 puntos. En caso contrario volveréis al último paso que haya realizado bien y seguiréis las instrucciones.

Cuando esté establecido lo anterior propondremos el siguiente eslabón: encender la luz de la mesilla él solo. Para ello le hablaréis desde vuestra cama, una vez que el niño os haya llamado, recordándole que podrá conseguir 7 puntos por hacer todo lo que sabe él solo. Se añadirán 3 puntos extra si no os llama y realiza todo tal como se ha practicado hasta el momento.

La cadena completa se reforzará sistemáticamente hasta que quede firmemente establecida. El niño podrá cambiar sus fichas libremente por los reforzadores del listado.

A continuación abordamos la situación b): despertarse sin ganas de hacer pis siguiendo el mismo procedimiento.

Cada uno de los pasos fue modelado a la vista del niño y reforzada sistemáticamente su ejecución. Se administró refuerzo verbal y una ficha por cada paso o segmento de conducta ejecutado con total autonomía.

Cada paso fue reforzado sin extinguir el anterior hasta llegar a tener incorporados todos los segmentos de la conducta.

3.3. CONTROL ESTIMULAR

Definición

Se trata de eliminar o planificar aquellos estímulos que estén provocando o impidiendo la ejecución de una conducta determinada la cual se pretende suprimir o implantar, respectivamente, en el repertorio del sujeto.

Pasos para su aplicación

1. Se recogen, mediante registros, los estímulos que provocan la conducta a eliminar o, por el contrario, aquellos estímulos que impiden la realización de la conducta a implantar.
2. Se seleccionan aquellos estímulos que se pueden manipular de acuerdo al objetivo terapéutico.
3. Se planifica el ambiente del sujeto de acuerdo al paso anterior.
4. Se dan instrucciones precisas al sujeto para la modificación de la conducta de acuerdo al paso anterior.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El sujeto no tiene capacidad propia de control en alguna área de funcionamiento.
2. Los estímulos con los que se trabaja presentan dificultades para ser modificables.
3. No se detectan todos los estímulos implicados.
4. El sujeto no comprende bien las instrucciones para la modificación de los estímulos.
5. Los registros no recogen todos los posibles estímulos que aparecen en el ambiente del sujeto.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Se enseñan al sujeto estrategias que le ayuden a un control interno. Estas estrategias dependen del motivo de la falta de autocontrol y pueden ser fundamentalmente: detención del pensamiento (véase apartado 6.2), planificación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales (véase apartado 5.2), etc.
2. Se introducen estímulos que contrarresten aquellos que presentan dificultades para eliminarlos del ambiente en el que se mueve el sujeto.
3. Se utilizan autorregistros, registros de personas cercanas al sujeto o el terapeuta acude al lugar en el que se encuentran los estímulos a modificar.
4. Se dan las instrucciones por escrito; se ejemplifican; se le pide al sujeto que repita las instrucciones que le ha dado el terapeuta y que ponga ejemplos.
5. El terapeuta se desplaza al lugar donde se encuentran los estímulos.

Características del terapeuta

- Capacidad para localizar estímulos.
- Conocimiento sobre cómo modificarlos.

Características del cliente

- Capacidad para detectar los estímulos que indica el terapeuta y modificarlos.
- Capacidad propia de control.

Ámbitos de aplicación

- Se utiliza tanto para aumentar como para disminuir conductas.
- Se emplea, bien como técnica por sí sola, bien combinada con otras técnicas dentro de un procedimiento.
- Se puede aplicar en un amplio campo de intervención: implantación de hábitos de estudio, conductas disruptivas, inhabilidad social, problemas de pareja, de relación sexual, sobrepeso, etc.

Caso ilustrativo

A. es un niño de 11 años, escolarizado en 5.º de EGB, que pertenece a una familia de nivel sociocultural medio-alto y que ocupa el 2.º lugar en la fratria. Está escolarizado en un colegio público de la zona en la que vive.

Acude a consulta, a instancias de los padres, al comienzo del segundo trimestre del curso porque presenta un bajo rendimiento escolar: en el primer trimestre ha suspendido Lenguaje, Matemáticas y Ciencias Sociales. En los cursos anteriores nunca había suspendido en junio aunque en 3.º y 4.º de EGB tuvo algunos suspensos en las notas trimestrales en las asignaturas de Lenguaje y Matemáticas.

No está muy motivado para el estudio y los padres tienen que insistirle todos los días para que estudie algo cuando vuelve del colegio. En ocasiones no consiguen que lo haga porque argumenta que «no lleva deberes». Los padres se han preocupado al recibir las notas, pensando que puede perder el curso y no pasar de ciclo.

Dado que el análisis topográfico de la conducta de estudio indicaba que las condiciones y forma de la misma no eran las adecuadas, se decidió la aplicación de la técnica de control estimular.

Aplicación de la técnica

Primer paso: registros de los estímulos que interfieren con la situación de estudio

T: Ya sabemos cómo te ha ido en el colegio desde que ibas a preescolar. Ahora estoy interesada en saber, de la manera más exacta posible, cómo estudias en casa, dónde lo haces, qué tiempo empleas y, también, si a la vez se oye música o TV o entra algún miembro de tu familia. Para que te resulte fácil y rápido te he preparado un cuadro con casillas en las que tendrás que poner una marca o escribir alguna palabra. También es importante que observes si cuando estudias te dices a ti mismo, en tu mente o con la boca, alguna frase que no tenga que ver con lo que estás estudiando.

Vamos a ensayar con éste, recordando tu estudio de ayer.

Registro de estudio

Fecha	Situación	Hora de empezar	Hora de acabar	Pensamientos distractores	Música/TV	Familia	Levantar

Se entrenó al niño hasta que tuvimos la certeza de que podía realizarlo sin problema. También se le pidió que dibujara un plano del salón y otro de su dormitorio.

T: *A partir de hoy mismo vas a empezar a registrar tu estudio durante toda la semana y la siguiente. En la próxima cita lo analizaremos juntos y entenderemos mejor lo que ocurre.*

Un ejemplo de un día de estudio se muestra en la tabla siguiente.

Registro de estudio

Fecha	Situación	Hora de empezar	Hora de acabar	Pensamientos distractores	Música/TV	Familia	Levantar
20-1-93	Salón	18.30	19.25	¡Qué rollo! Es muy difícil Me aburro Empieza la película	Sí	Madre Hermana	X X X

En el análisis de los registros se observó que el estudio se realizaba normalmente en el *salón*, estando en la mayoría de los casos la *televisión* encendida y entrando y saliendo otros miembros de la *familia*. Casi todos los días aparecían pensamientos del tipo: *¡Vaya rollo!*, *¡No puedo con esto!*... El tiempo de estudio era aproximadamente de una hora y se levantaba al baño o la cocina una media de 2 veces/día. De uno a dos días a la semana no se sentaba a estudiar «porque no tenía deberes».

De la observación del plano de la habitación del niño se constata que tiene espacio suficiente para añadir un tablero de 100 × 80 cm aprox. y una silla.

Segundo paso: selección de estímulos

T: *Después de las dos semanas que has estado registrando tenemos una idea muy clara de cuáles son tus condiciones de estudio, y no parece que éstas sean las mejores. El lugar que has elegido para estudiar no es el más idóneo, ya que casi siempre está puesta la televisión y normalmente entran o salen otros miembros de tu familia. Con todo esto te distraes bastante y aunque tú creas que has estudiado una hora, en realidad sólo has aprovechado una parte de ese tiempo. También se favorece de este modo el que, en repetidas ocasiones, pienses que «es un rollo» o «no puedo con esto», ya que sería más agradable para ti ver la película o el programa de la tarde.*

Te voy a proponer un cambio en tu situación de estudio para que puedas mejorarlo y, con ello, mejorar tu rendimiento a la vez que te quedará tiempo libre para emplearlo como quieras.

Tercer paso: planificación del ambiente del sujeto de acuerdo al paso anterior

T: El cambio consistirá en lo siguiente:

En el ambiente físico:

- Cambiar el lugar de estudio a tu habitación a la que le añadiremos un tablero con patas y un flexo (antes y después de tu estudio te será muy útil para otras cosas).
- Eliminar durante el periodo de estudio la TV, radio o cualquier tipo de música.

En el medio interno:

- Eliminar los pensamientos negativos distractores para lo que te voy a enseñar a utilizar una técnica que se llama detención del pensamiento (véase apartado 6.2).

Cuarto paso: instrucciones precisas al sujeto de acuerdo al paso anterior

T: Ahora ya sabes lo que tienes que hacer para conseguir un estudio más eficaz, lo cual hará que aprendas mejor y que emplees menos tiempo. De esa forma tendrás más tiempo para ti y eliminaremos esa desagradable sensación de «estudiar y no rendir».

Podemos ponerlo en práctica desde mañana mismo. Tus padres han autorizado la compra del tablero y el flexo. Falta que tú te comprometas con el resto: estudiar en tu cuarto, sin música ni televisión y parar esos pensamientos distractores tal como hemos ensayado.

Es muy importante que lo hagas todos los días de la misma forma y a la misma hora aproximadamente. También deberás rellenar los registros cada día porque te darán una información exacta de cómo lo has hecho. Al principio te costará un poco pero después se convertirá en un hábito y lo harás sin esfuerzo. Enseguida notarás que tus notas mejoran y eso te animará.

T: Ahora queda por planificar qué hacer los días que no lleves tarea del colegio. Es mejor que lo tengamos previsto para que puedas seguir con el mismo ritmo de estudio.

Te voy a proponer un trabajo específico de ortografía y de cálculo para «esos días» que te ocupará aproximadamente una hora. Debes realizarlos sin levantarte de la mesa y si lo haces todo tal como se te indica, podrás conseguir una serie de puntos que podrás canjear después por algunas cosas que te gusten.

Para la consecución de ese objetivo se utilizó una economía de fichas (véase apartado 3.4).

3.4. ECONOMÍA DE FICHAS

Definición

Consiste en el establecimiento o reorganización de las contingencias ambientales mediante el control de los estímulos reforzadores que existen en el ambiente del sujeto. Para conseguirlo se utiliza un reforzador generalizado, artificialmente establecido para esta tarea, cuya emisión se puede controlar de forma completa. El reforzador utilizado debe tener una dimensión física: fichas, puntos, pegatinas, papeletas, etc.

Es una técnica flexible, de fácil aplicación y de gran éxito con niños. Sirve tanto para aumentar como para disminuir conductas.

Pasos para su aplicación

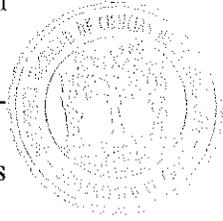
1. Selección de reforzadores.
2. Establecer objetivos con el cliente o la persona que solicita la ayuda.
3. Explicarle que si logra alguno de ellos, recibirá algo sin valor, pero canjeable por algo que él, previamente, ha descrito como reforzador.
4. Si consigue el objetivo, inmediatamente se le da algo sin valor (fichas, puntos, pegatinas).
5. Se aplica el refuerzo a medio o a largo plazo.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El sujeto no confía en la obtención del reforzador.
2. El sujeto considera que es imposible alcanzar el reforzador.
3. La no consecución de fichas al principio desmotiva al sujeto.
4. Antes de llegar a la fecha señalada para la obtención del reforzador, el sujeto ya ve que le es imposible conseguirlo.
5. No se escogen los reforzadores adecuados.
6. El orden en importancia de los reforzadores está equivocado.
7. El número de fichas para conseguir el reforzador es excesivamente elevado para el sujeto.
8. El período de tiempo para llegar a la meta propuesta es excesivamente largo.
9. El sujeto recibe el reforzador antes de conseguir las fichas suficientes para que «se anime».

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Los reforzadores materiales se le enseñan al sujeto antes de comenzar el sistema de fichas. Para los reforzadores sociales y de actividades se hace un contrato entre el terapeuta, el sujeto y las personas implicadas. Es aconsejable en estos casos que existan reforzadores materiales también para que el sujeto tenga evidencia de que los otros tipos de reforzadores se cumplirán igual que se están cumpliendo éstos.
2. Los objetivos para la obtención de los primeros reforzadores han de ser aquellos que el sujeto ya cumple antes de la intervención con alguna frecuencia y que se han detectado en la línea-base.
3. Se repite la estrategia anterior.
4. Al principio, los espacios de tiempo son cortos. Por otra parte, se procura dividir el tiempo en pequeñas porciones con un orden de reforzadores, de manera que siempre pueda conseguir alguno aunque el total de las fichas ya no pueda conseguirlas.
5. Este problema se evita confeccionando la lista de reforzadores, y su orden, con el sujeto. Posteriormente se revisa detenidamente antes de empezar el tratamiento.
6. La estrategia anterior recoge la solución a este problema.
7. La ganancia de puntos o fichas debe seguir también un orden, de manera que, al principio, con pocos puntos se consiga un refuerzo. Posteriormente se va aumentando el número de fichas necesario para la consecución del refuerzo, siempre establecido antes de comenzar el tratamiento, entre terapeuta y sujeto. Si en la puesta en



práctica se observa que es difícil para el sujeto su obtención, se revisa el orden establecido de objetivos y, en consecuencia, el número de fichas.

8. Normalmente este problema se resuelve al dividir los objetivos en cortos períodos de tiempo y, si es necesario, se subdividen los objetivos.
9. Se recuerda a padres o responsables del programa la importancia de hacer contingente el refuerzo con la conducta deseada y los perjuicios que acarrea la no contingencia, bien verbalmente, bien a través de biblioterapia (véase apartado 2.1).

Características del terapeuta

- Habilidad para cambiar de reforzadores y detectar cuándo se está cansando de ellos.
- Administrar la economía de fichas o vigilar el cumplimiento por parte de las personas responsables.
- Aplicarla contingentemente.

Características del cliente

- Ha de aportar lista de refuerzos.

Ámbitos de aplicación

Sirve tanto para aumentar como para disminuir conductas:

- hábitos de eliminación
- problemas en la alimentación
- conductas disruptivas
- bajo rendimiento escolar, etc.

Caso ilustrativo

Se trata de un niño de 6 años que siente un gran miedo a sentarse en el inodoro porque cree que «va a haber un bicho». Cuando le obligan a sentarse, lo hace en el filo, mirando hacia atrás y con signos de tensión. Incluso cuando siente ganas de hacer pis (para lo que no tiene que estar sentado) pide, generalmente a la madre, que le acompañe y que le hable hasta que termine. Si alguna vez acude solo, sale del baño casi sin terminar (derrama gotas) y sin abrocharse.

El comportamiento de los padres ante esta situación no es uniforme: mientras unas veces lo obligan a sentarse, otras veces lo acompañan (la mayoría de las ocasiones), le explican que no hay nada, le distraen, regañan, etc.; y, además, varía de uno a otro: la madre es mucho más permisiva que el padre. Ellos estaban acudiendo a consulta por un problema de pareja, y las diferencias de criterios en la educación de los hijos era el origen de numerosas disputas, por lo que se decidió intervenir en las mismas comenzando por ésta.

Con objeto de modificar la conducta en la dirección deseada y, puesto que las contingencias que seguían a la conducta problema no eran las adecuadas, se decidió organizarlas de forma que ambos padres actuaran de idéntica manera conjugando el refuerzo positivo (verbal y material) y la economía de fichas. Además como el motivo por el que se presentaba este comportamiento en el niño era el miedo que sentía al inodoro, se optó por utilizar la técnica de aproximaciones sucesivas (véase apartado 4.3). Para la aplicación de las

mismas usamos a los padres como coterapeutas. De esta forma evitábamos que el niño tuviera que acudir a consulta con lo que probablemente daría más importancia al problema.

Antes de comenzar la intervención buscamos el consenso de la pareja y puesto que la misma iba a suponer cambios en las costumbres instauradas, los dos deberían ser responsables de llevar a cabo el programa en la forma que se indicara. Se hizo especial hincapié en la importancia que tendría el que ambos actuaran *del mismo modo en todas las ocasiones*. Les informamos y entrenamos en los pasos que constituyen las técnicas en sí, así como en los principios básicos de modificación de conducta y a continuación pasaron a aplicarlas en casa con su hijo.

Aplicación de la técnica

Con respecto a la economía de fichas, comenzamos explicando a los padres en qué consistiría la técnica que íbamos a emplear. Se les explicó que se trataba básicamente de reorganizar las contingencias ambientales mediante el control de los estímulos reforzadores.

Propondríamos unos objetivos al niño y, cuando lograra alguno de ellos, recibiría, además de refuerzos verbales y materiales, algo sin valor (pegatinas) pero canjeable por algo que él, previamente, habría descrito como reforzador.

Primer paso: selección de reforzadores

T: *En primer lugar me gustaría conocer cuáles son las cosas que más gustaría a vuestro hijo si tuviéramos que premiarlo por haber hecho algo bien. No penséis lo que más os guste a vosotros o lo que sea más fácil sino lo que a él le gustaría más. Cuando lleguéis a casa tendréis que verificar con él cuál es su orden de preferencia para poder administrar los según sea más o menos costoso el objetivo que le proponemos.*

Segundo paso: establecimiento de objetivos

T: *Ya sabemos cuáles son las cosas que más le gustan a vuestro hijo. Ahora vamos a delimitar los objetivos que deberá alcanzar para poder conseguir los premios, y dado que es grande el rechazo que siente por sentarse en el inodoro intentaremos que vaya perdiendo el miedo de forma gradual.*

Los *objetivos* se formularon de la siguiente manera:

1. Hacer pis sin prisas y abrocharse el pantalón al pie del inodoro en presencia de los padres.
2. Hacer pis sin prisas, abrocharse el pantalón al pie del inodoro mientras el padre/madre le hablan desde la cocina.
3. Hacer pis sólo, sin prisas y sin que nadie le hable, abrochándose el pantalón en el baño.
4. Sentarse 10-15 segundos encima de la tapa del inodoro con los pantalones puestos.
5. Sentarse 10-15 segundos en el inodoro, con la tapa levantada pero con los pantalones puestos.
6. Sentarse 15-20 segundos en el inodoro con la tapa levantada y los pantalones bajados.
7. Igual que el anterior pero alargando el tiempo a 60 segundos, 2 minutos, hasta llegar a 5 minutos.
8. Acudir al baño de forma espontánea cuando sienta necesidad.

Tercer y siguientes pasos: administración de los puntos y canje

T: Una vez delimitado lo que tiene que hacer vamos a determinar el premio para cada uno de los objetivos y la forma de adjudicarlos. Es importante que recordéis que los premios deben ser entregados inmediatamente después de haber conseguido el objetivo y siempre que éste se haya alcanzado.

Para que el niño tenga a la vista el premio que podrá conseguir, le colocaréis un panel en el cuarto de baño en el que aparecerán los días de la semana y el premio anunciado. En él irá pegando las pegatinas conforme las vaya consiguiendo.

Se les facilitó el siguiente modelo de panel:

Registro de conducta de eliminación

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Paseo
<ul style="list-style-type: none"> • Pis/presencia padres • Pis/padres hablan <ul style="list-style-type: none"> • Pis/solo • Sentado/tapa/pantalón • Sentado/sin tapa/pantalón • Sentado/sin tapa/sin pantalón 								

Los reforzadores y el canje de las pegatinas se establecieron de la siguiente forma:

- Por la consecución del primer objetivo se le reforzará verbalmente, se le darán inmediatamente frutos secos y una pegatina roja que él mismo pegará en la hoja preparada para ello. Cuando reúna nueve (tres al día durante tres días consecutivos) podrá canjearlas por un paseo de 15 min. en bici por la calle, acompañado del padre. Si no reúne las nueve de forma consecutiva no podrá ir de paseo, empezando la cuenta de nuevo.
- Por la consecución del segundo conseguirá refuerzo verbal, un duro/vez más una pegatina roja. Si consigue tres al día durante tres días consecutivos, podrá canjearlas por bajar a la calle con la pelota o con la bici durante 15 minutos. Si no reúne las nueve de forma consecutiva no podrá ir de paseo, empezando la cuenta de nuevo.
- Por el tercero conseguirá refuerzo verbal, dos duros/vez más una pegatina roja. Si consigue tres al día durante tres días consecutivos podrá canjearlas por un cochecito. Si no reúne las nueve de forma consecutiva no podrá ir de paseo, empezando la cuenta de nuevo.
- Por la consecución de los objetivos 4.º, 5.º, 6.º y 7.º se le recompensará con refuerzo verbal y dos pegatinas/vez. Si consigue 6 al día durante tres días consecutivos, podrá canjearlas libremente por el equivalente a un cochecito o por bajar a jugar 30 minutos a la calle. Si no reúne las nueve de forma consecutiva no podrá ir de paseo, empezando la cuenta de nuevo. Además, cada vez que vaya solo a hacer pis se le recompensará con un duro/vez y en el caso de que hiciera caca cuando está practicando se le recompensará con dos duros/vez.
- Por la consecución del 8.º objetivo se le reforzará siempre verbalmente y, de forma asistemática, se le bajará a jugar a la calle. En alguna ocasión se le comprará una chuchería «por lo bien que sabe usar el inodoro».

Una muestra de las dos primeras semanas de aplicación del programa la encontramos en las tablas siguientes:

1.ª semana de registro
Registro de conducta de eliminación

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Paseo
• Pis/presencia padres	XXX	XXX	XXX					X
• Pis/padres hablan				XXX	XXX	XXX	XXX	X

2.ª semana de registro
Registro de conducta de eliminación

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Paseo
• Pis/solo	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XX	X
• Sentado/tapa/pantalón	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX					X
• Sentado/sin tapa/pantalón				XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	XXXXXX	X

En la primera semana consiguió hacer pis tranquilo mientras le hablaban desde la cocina. Salía del baño una vez que se había abrochado el pantalón y no derramaba nada (1.º y 2.º objetivos).

En la segunda fue capaz de hacer pis estando solo en el baño sin que tuvieran que hablarle, además de estar 15 segundos sentado en el inodoro con la tapa levantada y el pantalón puesto (3.º, 4.º y 5.º objetivos).

En la tercera consiguió sentarse 10-15 segundos (6.º objetivo) tres días consecutivos con los pantalones bajados. Desde la cuarta se incrementó el tiempo progresivamente hasta llegar a 5 minutos en la séptima (7.º objetivo) semana.

A partir de aquí utilizaba el cuarto de baño de forma espontánea sin ningún problema.

3.5. COSTE DE RESPUESTA

Definición

Consiste en la retirada de algún reforzador positivo condicionado (fichas, puntos, dinero, actividades, etc.) de manera contingente a la emisión de una conducta que se pretende eliminar. Se utiliza conjuntamente con el reforzamiento positivo de conductas incompatibles con la anterior o de la conducta deseada.

Con frecuencia se incluye en la práctica de la economía de fichas (véase apartado 3.4): se conceden fichas por la emisión de la conducta adecuada y se retiran por la realización de la conducta inadecuada.

En el coste de respuesta encubierto, tanto la conducta que se pretende eliminar como la retirada del reforzador tienen lugar en imaginación, al igual que en la sensibilización encubierta (véase apartado 3.8).

Pasos para su aplicación

1. Seleccionar los reforzadores positivos que se van a retirar. Elaborar un listado amplio en el que se incluyan reforzadores de distinto tipo (objetos, actividades, dinero, etc.) y ordenarlos por orden de preferencia y/o importancia para el sujeto.
2. Definir operativamente qué conducta/s se pretende/n eliminar y cuáles se desean implantar en su lugar.
3. Permitir que el sujeto acumule una reserva de reforzadores, si no la tiene en esos momentos.
4. Establecer el valor o coste que tendrá la emisión de la conducta a eliminar. Los objetivos que el sujeto ha de cumplir deben ser accesibles y, siempre, menos costosa su consecución que la de aquello que puede perder.
5. Explicar al sujeto, siempre que sea posible, en qué va a consistir la técnica, dejando claro el coste de las conductas inadecuadas.
6. En el momento en que el sujeto realiza la conducta que se pretende eliminar, retirar el reforzador positivo de forma consistente y contingente a la emisión de la misma. Anticipar e impedir la posibilidad de que el sujeto pueda reemplazar fácilmente la pérdida del reforzador.
7. Disminuir progresivamente la retirada de reforzadores conforme las conductas deseables vayan aumentando en frecuencia.

En la aplicación del coste de respuesta encubierto se siguen los mismos pasos que en la sensibilización encubierta pero, en este caso, en las escenas elaboradas el sujeto imagina la retirada de un reforzador positivo contingente a la emisión de la conducta que se pretende eliminar.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Dificultad en encontrar reforzadores que el sujeto no quiera perder y el terapeuta, o coterapeuta en su caso, pueda manejar.
2. El sujeto se resigna a la pérdida del reforzador antes que actuar para evitarla.

En la aplicación del coste de respuesta encubierto pueden surgir los mismos problemas que con la sensibilización encubierta.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

Se pueden utilizar algunas de las siguientes estrategias:

- Pedir al sujeto que elabore una lista de objetos que poseen otras personas de su entorno o de actividades que suelen realizar éstas y que pudieran ser importantes para él. Si es posible, solicitar dicha lista a personas cercanas al sujeto.
- Si no existen inconvenientes y las sesiones terapéuticas son importantes para el sujeto, utilizar el tiempo de las mismas como reforzador positivo (por ejemplo, perder una sesión o parte de ella como consecuencia de la emisión de la conducta a eliminar).
- Proporcionar al sujeto un reforzador potente que será el que se le retire ante la emisión de la conducta (por ejemplo, ponerle una película de vídeo que le guste mucho).

Características del terapeuta

- Ha de ser capaz de secuenciar adecuadamente cada uno de los pasos para la aplicación de la técnica.
- Debe saber dar instrucciones bien operativizadas en todo momento.
- Para la aplicación del coste de respuesta encubierto se requieren las mismas características que para la sensibilización encubierta.

Características del cliente

- Ha de ser franco a la hora de proporcionar información sobre posibles reforzadores a utilizar.
- Puede utilizarse en poblaciones con problemas de retraso mental, teniendo en cuenta que, en estos casos, el procedimiento debe ser simplificado lo más posible debido a las limitaciones cognitivas de estos individuos.
- Para la aplicación del coste de respuesta encubierto se requieren las mismas características que para la sensibilización encubierta.

Ámbitos de aplicación

Es de aplicación en instituciones públicas, ámbitos escolares y en tratamientos ambulatorios, para una amplia variedad de conductas problemáticas (problemas de lenguaje, conductas disruptivas y agresivas, abuso del tabaco, obesidad, tics faciales, postura física inadecuada, absentismo laboral, impuntualidad, etc.).

Caso ilustrativo

Se trata de un niño de seis años y dos meses, el menor de tres hermanos. La madre solicita ayuda psicológica porque cree que come muy poco y porque se niega a comer sólo todos aquellos alimentos que tengan que ser tomados con cuchara.

Los datos de la evaluación muestran las siguientes conductas problemáticas en el comportamiento del niño:

- En la mayor parte de las comidas, independientemente de si son con cuchara o tenedor, se niega a comer solo, tras lo cual la madre le da de comer y le regaña.
- Durante las comidas, fundamentalmente almuerzos y cenas, suele levantarse frecuentemente (de seis a diez veces) de la silla, tras lo cual la madre le llama insistentemente y le regaña. En ocasiones corre detrás de él para darle la comida.

El objetivo de la intervención es lograr que el niño permanezca sentado en la silla mientras come él solo sin la ayuda de la madre. Para generalizar la conducta de «comer solo» se utilizó la técnica de economía de fichas (véase apartado 3.4) y para eliminar la conducta de «levantarse de la silla» se optó por el coste de respuesta.

La economía de fichas se estableció de la siguiente forma:

- Si comía todo o casi todo él solo, obtendría tres fichas.
- Si comía la mitad él solo, obtendría dos fichas.
- Si comía sólo un poco, sin ayuda, obtendría una ficha.
- Si no comía nada él solo, no obtendría ninguna ficha.

Aplicación de la técnica

Primer paso: definir operativamente qué conducta/s se pretende/n eliminar y cuál/es se desea/n implantar en su lugar

Se decidió aplicar el coste de respuesta cada vez que el niño «se levantara de la silla durante alguna de las comidas». En su lugar, se pretendía conseguir «que permaneciera sentado durante el tiempo de las comidas hasta que terminara de comer».

Segundo paso: seleccionar los reforzadores positivos que se van a retirar

Las fichas que el niño iba ganando con la aplicación del sistema de «economía de fichas», diseñado para generalizar la conducta de comer sin ayuda, se utilizaron como reforzadores a retirar en el coste de respuesta.

Para la aplicación conjunta de la economía de fichas y el coste de respuesta se diseñó un panel (menú de reforzadores) en el que aparecían todos los reforzadores junto con su valor en fichas, así como un espacio en el que el niño podía ir pegando cada una de ellas a medida que las iba consiguiendo. Dicho panel se situó en un lugar visible durante las horas de las comidas.

Menú de reforzadores

Reforzador	Valor en fichas
- Una libreta para colorear.	6
- Un libro de cuentos.	12
- Ir al parque a jugar con los coches.	18
- Un puzzle.	30
- Ir al zoológico.	42
- Un balón de fútbol	56
- Un juego para el ordenador.	63

Tercer paso: permitir que el sujeto acumule una reserva de reforzadores, si no la tiene en esos momentos

El coste de respuesta se comenzó a utilizar una vez transcurridos tres días de aplicación de la economía de fichas con objeto de que tuviese suficientes fichas acumuladas.

Cuarto paso: establecer el valor o coste que tendrá la emisión de la conducta a eliminar

Cada vez que se levantara de la silla, en cualquiera de las comidas, se le quitarían dos fichas de las que tuviese acumuladas en el panel. Conseguiría una ficha «extra» si permanecía sentado durante todo el tiempo que durara la comida (reforzamiento positivo en la economía de fichas).

Quinto paso: explicar al sujeto en qué va a consistir la técnica

Se le explicó al niño en qué consistiría la intervención. Podía seguir consiguiendo fichas mediante el sistema de economía diseñado anteriormente, pero cada vez que se levantara de la silla se le quitarían dos fichas de las que hubiese acumulado hasta el momento.

Sexto paso: retirar el reforzador positivo contingente a la emisión de la conducta no deseada

Si durante alguna de las comidas el niño se levantaba de la silla, la madre le decía que había perdido dos fichas porque se había levantado, se dirigía al panel y se las retiraba sin hacer ningún otro comentario.

Séptimo paso: disminuir progresivamente la retirada de reforzadores conforme las conductas deseables vayan aumentando en frecuencia

Durante una semana se aplicó la técnica tal como se ha descrito anteriormente. En estos momentos la frecuencia de la conducta problema había disminuido considerablemente, ocurriendo de una a dos veces en los almuerzos y cenas. Se redujo entonces el coste a una ficha solamente y se eliminó totalmente una semana después.

3.6. TIEMPO FUERA DE TODO REFORZAMIENTO**Definición**

Consiste en lograr que el sujeto no emita determinadas conductas para lo cual debe asegurarse que no obtenga ningún tipo de reforzamiento ante la emisión de las mismas. Para ello, o bien se retiran las condiciones del medio que permiten la obtención de refuerzos o bien se retira a la persona del medio. Ambos procedimientos deben efectuarse de forma contingente a la emisión de la conducta que desea hacerse desaparecer.

Es una técnica de fácil aplicación que puede ser muy bien utilizada por parte de coterapeutas y que, a diferencia de otras técnicas dirigidas a la disminución de conductas, no tiene por qué provocar ansiedad en el sujeto.

Pasos para su aplicación

1. Comprobar que el sujeto dispone en su repertorio conductual de conductas alternativas a la que desea eliminarse. De no ser así, instaurar las mismas con otras técnicas (por ejemplo, modelado o moldeado; véanse apartados 5.2 y 3.1 respectivamente).
2. Modificar el medio mediante instrucciones terapéuticas precisas al objeto de que se produzcan las condiciones necesarias para que el sujeto pueda emitir la conducta apropiada.
3. Explicar al sujeto, siempre que sus características se lo permitan, en qué va a consistir la técnica.
4. Ante la realización por parte del sujeto de la conducta que se pretende eliminar:
 - Se avisa, mediante un gesto, al sujeto para indicarle que está emitiendo una conducta inapropiada.
 - Si ésta continúa, se retira al sujeto del medio y se le lleva a un lugar sin refuerzos, neutro, donde ha de permanecer durante un tiempo no demasiado amplio (unos cuatro minutos aproximadamente). Asimismo, en algunas ocasiones, el sujeto puede permanecer en el medio pero se le aparta del resto del grupo.

- Se le devuelve a su medio (reforzamiento positivo) contingentemente al paso del período de tiempo determinado, siempre y cuando no esté emitiendo en ese momento la conducta que desea eliminarse.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El sujeto no posee conductas alternativas apropiadas a la que se desea eliminar.
2. El medio (por ejemplo, el resto de los compañeros del aula) no cumple las instrucciones terapéuticas.
3. Cuando el sujeto está con más gente (por ejemplo, en una clase), es preciso que haya más de una persona para aplicar el tratamiento; de lo contrario, puede haber problemas con los demás en el tiempo que se les deja solos.
4. El lugar ha de estar próximo y, en ocasiones, es difícil disponer de este tipo de espacios.
5. El espacio al que se lleva al sujeto no resulta totalmente neutro.
6. El sujeto obtiene algún tipo de refuerzo durante el período transcurrido en el cambio desde el medio reforzador al espacio neutro.
7. Al finalizar el intervalo temporal fijado para el tiempo fuera, el sujeto está emitiendo las conductas desadaptativas o que desean eliminarse.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Dotar al sujeto previamente de conductas alternativas apropiadas que sustituyan a las que desean eliminarse.
2. Dar instrucciones concretas y bien operativizadas al resto de los sujetos del medio. En el caso de que la técnica sea aplicada por parte de un coterapeuta (por ejemplo, la maestra) debe dotársele de conocimientos muy precisos acerca de algunos principios básicos de aprendizaje como el de extinción, al objeto de controlar posibles problemas como el señalado en el sexto punto del apartado precedente.
3. Podría aislarse al sujeto del resto de miembros del grupo estando dentro del mismo espacio físico (por ejemplo, apartándole de los demás y situándole de cara a una pared). Ésta puede ser una posible solución a aplicar también para los problemas 4 y 5 señalados anteriormente.
4. En caso de que se produjese la situación señalada en el punto 7, se le avisaría de que, puesto que está haciendo lo que no debe, permanecerá en el área de tiempo fuera durante un breve lapso más de tiempo (por ejemplo, dos minutos). Sólo saldrá si en los últimos quince segundos no emite la conducta que desea eliminarse.

Características del terapeuta

- Fundamentalmente debe saber dar instrucciones precisas y bien operativizadas en cada momento, tanto al sujeto como a los coterapeutas y al resto de los miembros del grupo (en caso de que se aplicase en un aula escolar).

Características del cliente

- Se trata de una técnica aplicada en poblaciones infantiles, incluso con niños de un año y medio de vida.
- Puede aplicarse a poblaciones con problemas de retraso mental o psicosis.
- No es conveniente aplicarlo en sujetos que emitan conductas de fantaseo, masturbatorias o autoestimulantes (autopunitivas, balanceo, etc.).

Ámbitos de aplicación

- Fundamentalmente en instituciones públicas (por ejemplo, hospitales psiquiátricos) y en ámbitos escolares, ante conductas disruptivas y agresivas.

Caso ilustrativo

Se trata de un niño de 15 años, diagnosticado de parálisis cerebral. Presenta una hemiparesia derecha, con una marcha independiente pero inestable. La lateralidad es izquierda, condicionada a la afección motriz de lado derecho. La forma de comunicación es principalmente gestual. Vocaliza algunos fonemas y pronuncia correctamente algunas palabras con dos sílabas (por ejemplo *papá, mamá, cama*). Es autónomo en su alimentación así como en su aseo y vestido. Controla esfínteres desde los cinco años de edad. En el momento de practicar la intervención convive con sus padres y un hermano menor.

La intervención se lleva a cabo a petición de la maestra del centro escolar especializado en parálisis cerebral donde acude el sujeto, que señala que el niño presenta problemas de agresividad y que «pierde el tiempo».

Con objeto de comprobar con exactitud las características de la conducta-problema, la frecuencia de la misma y sus aspectos funcionales, se diseña un sistema de evaluación basado en la observación directa del comportamiento del niño en el aula escolar durante un período de cinco días, muestreados de un total de diez, mediante un registro temporal de intervalo fijo con balanceo del tiempo de observación. A continuación se muestra cómo se recogen los aspectos que se observan mediante el registro elaborado a tal fin.

Registro de observación de conductas disruptivas emitidas por el niño en el aula

DÍA	INTERVALO	SITUACIÓN	CONDUCTA	CONSECUENTES
6 de mayo	10.15-10.30 h	En clase, dibujando todos	Está pintando y se le cae la saliva. Intenta limpiar el papel.	La maestra le dice: "J. M., la baba". Un compañero le dice: "La baba".

Tras la observación realizada en la línea base se deduce que:

- La principal conducta-problema que presenta el niño es la caída de saliva, de forma frecuente, que da lugar a que la maestra y el resto de compañeros le «llamen la atención» diciéndole cosas como: *que se te cae la baba; como vea una gota de baba, dejás de pintar.*
- La caída de saliva se produce independientemente de la situación (jugando, pintando o leyendo).
- El sujeto derrama saliva con frecuencia; no absorbe la misma de modo continuo, aunque en ocasiones intenta tragarla.
- La caída de saliva disminuye cuando el niño está pintando o escribiendo.
- Ante la llamada de atención de la maestra, el niño intenta absorber la saliva y limpia la mesa o los papeles con la manga; si la llamada de atención es de sus compañeros, eleva su voz (a modo de queja) y limpia la mesa o los papeles. Esto interrumpe su ritmo de trabajo.
- Aumenta el goteo en situaciones de interacción en grupo con los compañeros (por ejemplo, cuando todos juegan al parchís).

El objetivo, terapéutico está encaminado a lograr que el sujeto no gotee saliva, de modo que no se produzcan las diversas consecuencias a que da lugar la conducta-problema.

Primer paso: comprobar que el sujeto dispone en su repertorio conductual de conductas alternativas

En primer lugar, se **modeló** la conducta de mantener la boca cerrada, con objeto de que el niño aprendiese la conducta-clave incompatible con el babeo. Es decir, se le enseñó al niño cómo mantener la boca cerrada mediante la presentación de un modelo (en este caso la terapeuta) al que tenía que imitar.

Segundo paso: modificar el medio mediante instrucciones terapéuticas precisas

En segundo lugar se dieron **instrucciones** precisas a la maestra y a los compañeros de clase para que no hiciesen ningún comentario en torno a la caída de saliva (extinción). Sin embargo, debían de realizar observaciones agradables cuando el niño estuviese seco (reforzamiento positivo de conductas alternativas) mediante frases como: *¡Muy bien, estás seco! Eso es, como un niño grande, sin derramar saliva.*

Tercer paso: explicar al sujeto en qué va a consistir la técnica

En tercer lugar, una vez que el niño sabía cómo controlar la caída de saliva, se le explicó en qué iba a consistir la intervención. De este modo, se estableció un período de tiempo de 25 minutos durante el que debía realizar la tarea escolar que le correspondiese sin derramar saliva durante ese lapso. Si durante ese tiempo no goteaba saliva, pasaba a una tarea de juego, lo que le resultaba altamente reforzante (reforzamiento positivo). Si por el contrario, había derramado saliva durante algún momento de los 25 minutos programados de tarea escolar, se programaban de nuevo otros cinco minutos de tarea, antes de pasar al período de juego, y así sucesivamente.

En cuarto lugar, si durante el período de juego (otros 25 minutos programados) derramaba saliva, dejaría de jugar inmediatamente, aplicándose la técnica de **tiempo fuera de reforzamiento**. Así, en caso de que derramase saliva se le avisaba. Si continuaba la caída de la misma, el niño debía salir de la clase y era conducido a una habitación totalmente vacía (a unos veinticinco pasos del aula) donde permanecería solo y con la puerta cerrada,

durante cinco minutos. El niño debía ser conducido al lugar del aislamiento sin mediar palabra con él, independientemente de que intentase llamar la atención. Para ello, se instruyó al resto de personal del centro de modo que no le saludasen cuando le viesan conducido a la habitación neutra.

Pasados los cinco minutos establecidos, el niño era regresado al aula para continuar con la actividad que estaba realizando, reiniciándose el proceso.

Este procedimiento se repitió durante toda la jornada escolar de ocho días lectivos consecutivos.

3.7. PRÁCTICA MASIVA (O NEGATIVA)

Definición

La práctica masiva es un procedimiento paradójico de sencilla aplicación. Básicamente, se trata de hacer perder el valor recompensante del reforzador que mantiene la conducta o de la propia conducta en sí misma, cuando sus características son reforzantes (por ejemplo, la conducta de fumar). Por tanto, puede aplicarse de dos formas: ejecutando de forma masiva la conducta-problema que desea eliminarse o proporcionando de forma masiva (en duración y tiempo) el reforzador que la mantiene.

Pasos en su aplicación

1. Conocimiento preciso de la topografía y la frecuencia de la conducta.
2. Elección de un estímulo nocivo con la misma modalidad sensorial que la conducta a suprimir. En el caso del tabaquismo debe solicitarse al sujeto un examen médico.
3. Identificar y controlar el reforzador que mantiene la conducta-problema.
4. Diseño de sesiones masivas (sin pausas ni descansos) para la práctica de la conducta que desee erradicarse.
5. Diseño de tareas para casa que permitan la práctica de la conducta fuera de consulta.
6. Instauración de conductas alternativas reforzantes e incompatibles con la conducta-problema.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Si no se diseñan las sesiones correctamente, de modo que la conducta que desea erradicarse adopte un valor aversivo, se puede llegar a reforzar la respuesta que desea eliminarse.
2. La conducta que desea erradicarse está controlada por reforzadores sociales o múltiples (más difíciles de saciar que los materiales).
3. No combinar el procedimiento con la instauración de conductas alternativas que resulten reforzantes.
4. El sujeto no realiza las tareas para casa que posibiliten la práctica masiva fuera de consulta.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Asegurar que la práctica de la conducta que desea eliminarse sea lo suficientemente masiva como para que adquiriera un valor aversivo para el sujeto.
2. Instruir al sujeto y a personas significativas para el mismo en la técnica de control estimular (véase apartado 3.3).
3. Asegurar que la conducta susceptible de eliminación pueda ser sustituida por otra que resulte deseable e igualmente reforzante para el sujeto.
4. Si es un problema de motivación, asegurarse realmente de que desea recibir tratamiento en ese momento. Si se tratase de un problema de autocontrol, podrían darse al cliente instrucciones muy precisas y buscar el apoyo de algún coterapeuta (por ejemplo, el cónyuge, un familiar...) que ayude a garantizar la realización de las mismas.

Características del terapeuta

- Correcta identificación de las características de la conducta que desea eliminarse, así como de los reforzadores (primarios o sociales) que contribuyen a su mantenimiento.
- Diseñar las sesiones adecuadamente, de modo que la práctica de la conducta que desea eliminarse adquiriera un valor aversivo para el sujeto. Por tanto, el terapeuta no deberá dejarse influir por las verbalizaciones del cliente (*me siento muy mal, ¿podemos parar un poco?, creo que voy a vomitar*, etc.) o por el propio comportamiento (por ejemplo: vomitar).

Características del cliente

- Capacidad de autocontrol.
- No presentar una conducta-problema peligrosa (agresiva o autolesiva).
- En el caso del tabaquismo:
 - No presentar problemas cardiovasculares y/o respiratorios.
 - Tener una elevada motivación para erradicar la conducta-problema que potencie la adherencia al tratamiento.

Ámbitos de aplicación

Se ha aplicado frecuentemente en:

- Tartamudeo.
- Tics nerviosos.
- Conductas de atesoramiento.
- Tabaquismo.

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 30 años, auxiliar clínica, casada y con dos hijos de corta edad. Solicita ayuda terapéutica para dejar de fumar porque se encuentra trabajando en un centro de salud y considera que, como profesional de la sanidad, no debe ser fumadora.

Mantiene la conducta tabáquica desde que tenía 18 años, y ha dejado de fumar en dos ocasiones (durante el período de embarazo) volviendo a fumar, de forma paulatina, unas semanas después de dar a luz.

Pasos en la aplicación de la técnica

Primer paso: conocimiento preciso de la topografía y la frecuencia de la conducta

La evaluación de la conducta-problema se realizó mediante una entrevista conductual estructurada, encaminada a conocer los comportamientos, actitudes y opiniones sobre el tabaco. Asimismo, se solicitó a la cliente que completase un autorregistro, adaptable al paquete de cigarrillos, durante un período de siete días (muestreados de un total de dos semanas) con objeto de obtener información referida a los aspectos que se recogen a continuación.

Autorregistro de la conducta tabáquica

DÍA	CIGARRILLOS	HORA	PLACER (0 A 10)	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS
-----	-------------	------	--------------------	-----------	--------------

La evaluación llevada a cabo indicó que fumaba una media de 18 cigarrillos diarios, de tabaco rubio bajo en nicotina, inhalando siempre el humo, y los fumaba hasta casi la misma boquilla. No se destacaron situaciones particularmente asociadas a un mayor consumo de tabaco, pero se detectó que fumaba menos en sus horas de trabajo. La media del placer sentido durante el consumo de cigarrillos era de 7, oscilando entre 3 y 10 (siendo 0 *muy poco placer* y 10 *muchísimo*). No se destacaron pensamientos concretos o relevantes mientras fumaba. Su marido fumaba ocasionalmente en situaciones de interacción social (reuniones familiares, fiestas, etc.) pero estaba dispuesto a no hacerlo si la cliente dejaba de fumar.

Considerando la elevada motivación de la cliente para dejar de fumar y la percepción de falta de control que tenía sobre su conducta tabáquica, se optó por el empleo de la **técnica de fumar rápido**, basada en la práctica negativa o masiva.

Segundo y tercer pasos: elección de un estímulo nocivo con la misma modalidad sensorial que la conducta a suprimir e identificación del reforzador que mantiene la conducta

Al tratarse de una conducta tabáquica el estímulo nocivo debía ser, obviamente, la propia conducta de fumar (inhalación del humo) que, en sí misma, se constituía a un mismo tiempo en el reforzador. Por tanto, se le explicó a la paciente en qué consistía la técnica, haciendo especial hincapié en los riesgos y molestias que la misma conllevaría (malestar, mareos, náuseas y vómitos debidos a la inhalación masiva de humo). Asimismo, se estableció un contrato conductual, es decir, un documento donde se recogía que había sido informada de los aspectos anteriores y de que debía presentar un informe médico en el que se le autorizase al empleo de la técnica. Finalmente, se acordó que la fase de intervención acabaría cuando lograrse mantenerse siete días sin deseos de fumar.

Cuarto paso: diseño de sesiones masivas para la práctica de la conducta que desee erradicarse

Evaluada la conducta problema y establecido el contrato conductual, se inició la aplicación de la **técnica de fumar rápido** propiamente dicha. Para ello se instruyó a la pacien-

te, en la propia sesión de intervención, en que debía dar una chupada al cigarro e inhalar su humo cada vez que un metrónomo diese un golpe (cada seis segundos) centrándose en los aspectos negativos de la experiencia.

La técnica se aplicaba en tres ensayos de quince minutos de duración cada uno, con un descanso de cinco minutos entre ellos. En dichos descansos, la paciente debía comentar los aspectos desagradables de la experiencia, lo que además le permitía recuperarse de las sensaciones de malestar. En caso de que sintiese la necesidad de vomitar, se interrumpía el metrónomo y se le facilitaba un recipiente a tal fin. Una vez desvanecida la sensación de malestar, se comenzaba de nuevo con otro ensayo. Las sesiones siempre finalizaban a la terminación de un ensayo.

Asimismo, se instruyó a la paciente para que, en caso de sentir deseos de fumar fuera de la consulta, lo hiciese bajo el mismo procedimiento (un ensayo de quince minutos), para lo cual se le facilitó un pequeño metrónomo. En caso de desear fumar, debía anotar lo y especificar si había cumplido las instrucciones o a qué se había debido, en su caso, su incumplimiento.

Quinto paso: instauración de conductas alternativas reforzantes e incompatibles con la conducta problema

Finalmente, se le dieron instrucciones respecto a que debía cambiar su estilo de vida, de modo que se comenzaran a instaurar conductas incompatibles con la de fumar (fundamentalmente, incrementar el ejercicio físico y disminuir el consumo de bebidas excitantes como el café y el alcohol). Asimismo, se le pidió que hiciese un listado con aquellos aspectos positivos resultantes del hecho de dejar de fumar de modo que pudiesen constituirse en frases que se dijese a sí misma (por ejemplo, *mi aliento y mi pelo no huelen a tabaco o mis hijos no respiran mi humo*).

Se mantuvieron un total de quince sesiones, con una periodicidad diaria (a excepción de días festivos). La paciente pasó a la fase de seguimiento cuando logró cumplir el objetivo establecido: permanecer siete días consecutivos sin deseos de fumar.

3.8. SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA

Definición

Consiste en la presentación de un estímulo aversivo imaginario inmediatamente después de la ocurrencia, también imaginada, de una conducta que se desea eliminar. Se utiliza el término «encubierta» para su denominación, ya que tanto la conducta que se pretende reducir en frecuencia como las consecuencias de la misma se presentan en imaginación.

El objetivo de la técnica es el de disminuir la probabilidad de ocurrencia de una respuesta que no es adaptativa para el sujeto.

Pasos para su aplicación

1. Proporcionar al sujeto una justificación razonada del uso de la técnica y explicarle el procedimiento habitual que se sigue en la aplicación de la misma.
2. Comprobar que el sujeto no presenta dificultades para imaginar escenas de forma clara y que controla adecuadamente el desarrollo de las mismas. De no ser así, es ne-

cesario llevar a cabo un entrenamiento en imaginación antes de continuar con el paso siguiente.

3. Elegir los estímulos aversivos y las posibles situaciones de escape o alivio que se utilizarán durante la intervención. La elección de la estimulación aversiva se realiza de entre aquellas situaciones que al sujeto le resulten altamente desagradables y repulsivas (por ejemplo, vómitos, gusanos, un animal muerto en descomposición, etc.), teniendo en cuenta que ha de ser intensa pero sin que llegue a paralizarle.
4. Construir las escenas específicas para cada una de las situaciones en las que ocurre la conducta problemática (por ejemplo, «cuando está en el bar con unos amigos», «cuando se encuentra solo en casa», etc.). Es importante que el contenido de las mismas se adecue lo más posible a lo que realmente ocurre en la vida del sujeto, que las escenas sean elaboradas con todo detalle y haciendo uso del mayor número de modalidades sensoriales (visual, olfativa, etc.). El contenido de las escenas ha de estar estructurado de la siguiente forma:
 - En primer lugar, el sujeto imagina el objeto que le agrada (por ejemplo, una bebida, un dulce, etc.).
 - En segundo lugar, se ve a sí mismo llevando o a punto de llevar a cabo la conducta que se desea cambiar (aproximación al objeto que le agrada).
 - En tercer lugar, visualiza la aparición del estímulo aversivo, contingente a la imaginación de la conducta que se desea eliminar.
 - Por último, se introduce en la escena una situación de escape de la estimulación aversiva que resulte agradable para el sujeto.
5. Establecer señales para comunicarse con el terapeuta (por ejemplo, «levantar un dedo cuando visualice claramente la imagen»).
6. Pedir al sujeto que cierre los ojos, se relaje, y que imagine una de las escenas elaboradas a medida que el terapeuta la va describiendo. Este paso se repite unas diez veces durante la sesión.
7. El sujeto repite por sí solo, sin la descripción del terapeuta, la imaginación de la escena. Este paso se lleva a cabo al menos unas diez veces en cada sesión. También pueden alternarse las escenas con ayuda del terapeuta y sin ayuda (por ejemplo, alternar una escena con descripción del terapeuta y otra sin descripción). Los pasos 8 y 9 se repiten de la misma forma con el resto de las escenas elaboradas.
8. Programar la práctica entre sesiones de las escenas trabajadas en consulta. El sujeto debe practicar la técnica al menos dos veces al día. También se le pide que la emplee (que imagine la estimulación aversiva) cuando advierta la necesidad de llevar a cabo la conducta inadecuada o cuando aparezca el estímulo que le incita a realizar dicha conducta.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El sujeto tiene dificultades para imaginar las escenas con claridad.
2. El sujeto no puede recordar en sesión las situaciones específicas en las que ocurre la conducta problemática.
3. El sujeto tiene dificultades para imaginar las escenas cuando practica en casa.
4. El sujeto se muestra hostil o no coopera en la aplicación de la técnica. En la mayoría de las ocasiones es consecuencia de la pérdida de refuerzos que se produce con el uso de técnicas aversivas para eliminar conductas de aproximación.

5. El sujeto presenta un nivel de tensión elevado o aparecen imágenes que interfieren durante la imaginación de las escenas.
6. Los estímulos que normalmente se utilizan (vómitos, gusanos...) no son lo suficientemente aversivos para el sujeto.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Entrenar al sujeto en habilidades de imaginación. Para ello, el sujeto puede practicar la reproducción en imaginación de objetos, escenas o experiencias sensoriales (olores, sabores, etc.) inmediatamente después de observarlas o experimentarlas directamente. Esta práctica ha de continuarla hasta que sea capaz de reproducir las escenas con claridad.
2. Pedir al sujeto que, cuando tenga lugar la conducta problemática durante la semana, redacte inmediatamente después y detalladamente la situación específica en la que tuvo lugar.
3. Grabar la descripción de las escenas en sesión con objeto de que el sujeto utilice la grabación, al menos inicialmente, en las prácticas que lleve a cabo entre sesiones.
4. Aumentar las actividades reforzantes del sujeto.
5. Entrenar al sujeto en algún procedimiento de relajación.
6. Indagar otras posibles fuentes de estimulación aversiva (por ejemplo, recriminaciones de los demás).

Características del terapeuta

- Habilidades para construir las escenas de forma que impacten al sujeto.
- Facilidad para describir las escenas de forma muy real.

Características del cliente

- Se requiere, fundamentalmente, que sea capaz de imaginar las escenas o que pueda ser entrenado para ello.
- Debe ser capaz de seguir las instrucciones del terapeuta. Es difícil, y a veces imposible, aplicar esta técnica a clientes con necesidades especiales, niños muy pequeños o clientes con desórdenes de conducta severos.
- Ha de estar dispuesto a cooperar en la sesión terapéutica así como en la práctica del procedimiento en casa y cuando utilice las escenas en vivo.

Ámbitos de aplicación

- Su aplicación se extiende a diversos ámbitos de actuación, fundamentalmente escuelas, instituciones públicas y hospitales, y con poblaciones de todo tipo (niños, adolescentes y ancianos).
- Está indicada para la eliminación de conductas de aproximación que son desadaptativas. Se ha descrito su eficacia con problemas de alcoholismo, obesidad, conductas delictivas (por ejemplo, robo o violación), conductas obsesivas, y desviaciones de la conducta sexual (exhibicionismo).

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 35 años, casada, que trabaja como auxiliar administrativa en una institución pública. Reside con su marido y una hija de 3 años.

Acudió a consulta porque deseaba perder peso. La paciente pesaba 84 kg y medía 1,63 cm (su peso ideal es de 58 kg). Tras el parto de su única hija pesaba 63 kg, pero desde entonces fue engordando progresivamente hasta llegar al peso anterior.

Tras llevar a cabo una intervención centrada, fundamentalmente, en la modificación de los hábitos y de la dieta alimenticia, la paciente consiguió perder 16 kg. Sin embargo, todavía existen determinados alimentos, altos en calorías (dulces, fundamentalmente, y bombones), que sigue ingiriendo casi diariamente y en altas cantidades (3-4 dulces, generalmente). La paciente disfruta enormemente con el sabor de estos productos y no ha sido posible, hasta el momento, conseguir que controle la ingesta de los mismos.

En estos momentos de la intervención el objetivo terapéutico que se pretende alcanzar es reducir la frecuencia de ingesta de dichos productos.

Aplicación de la técnica

Primer paso: proporcionar al sujeto una justificación razonada del uso de la técnica y explicarle el procedimiento habitual que se sigue en la aplicación de la misma

T: *Hasta este momento hemos conseguido los distintos objetivos que nos habíamos planteado en un inicio; sin embargo, el consumo excesivo de dulces y bombones está impidiendo en gran medida que rebajes el peso corporal hasta el que deseas, a la vez que te está perjudicando por el alto contenido en azúcar que poseen estos alimentos. Ya comentamos en un principio cómo, en muchas ocasiones, las consecuencias que tienen nuestros comportamientos hacen que éstos sigan repitiéndose. En este caso, es el sabor de estos alimentos, el disfrutar altamente con su sabor, la principal consecuencia que hace que sigas comiéndolos. Si cada vez que tomaras estos alimentos te ocurriera algo muy desagradable para ti, por ejemplo vomitar, marearte y sentirte muy mal físicamente, es bastante probable que no los tomaras porque las consecuencias ahora serían negativas. En esto precisamente consiste la técnica que te vamos a enseñar. Te imaginarás a ti misma llevando a cabo la conducta que queremos eliminar, comiendo dulces o bombones, pero en la escena que imagines no disfrutarás con el sabor sino que te imaginarás sintiéndote terriblemente mal, mareada y vomitando. Primero lo practicaremos aquí en la consulta y después lo harás también en casa. Si lo practicas frecuentemente e imaginando vívidamente las escenas, podrás comprobar cómo se reduce el número de veces que consumes estos alimentos...*

Segundo paso: comprobar que el sujeto no presenta dificultades para imaginar escenas

Se seleccionaron diversas escenas ajenas al problema de la cliente. A continuación se le pidió que, con los ojos cerrados, imaginara lo más claramente posible todo lo que el terapeuta le describía en voz alta. Un ejemplo de ello es el siguiente:

T: *Estás en el campo, tumbada en la hierba. Sientes que el sol te da en la cara. Escuchas los ruidos de alrededor...*

Tras la imaginación de la escena se le hicieron diversas preguntas para comprobar cómo de vívida había sido la visualización de la misma.

T: *¿Cómo era el paisaje que tenías alrededor?... ¿quemaba el sol mucho o poco?... ¿qué ruidos escuchaste?...*

Con el mismo fin, se le pidió que puntuara en una escala del 1 al 5 cuánto de claras o reales habían sido las imágenes y sensaciones.

Se repitió el mismo proceso con varias escenas más. La cliente no tenía dificultades para visualizar las imágenes, puntuando en todas de 4 a 5.

Tercer paso: seleccionar la estimulación aversiva y las situaciones de escape o alivio

En primer lugar, se elaboró, con la ayuda de la cliente, un listado de posibles estímulos aversivos. Los que consideraba más desagradables y repugnantes fueron los siguientes: vomitar, sentir cucarachas, gusanos, o una rata dentro de la boca, y observar a otra persona vomitando.

Se comprobó cuál de ellos le resultaba más desagradable y podía imaginar mejor. Para ello seguimos el mismo procedimiento que en el paso 2. Finalmente, se eligió como estimulación aversiva el «sentir el vómito en la boca».

En segundo lugar, se elaboró un listado de actividades relajantes y agradables. Entre las preferidas por la cliente se encontraban: darse un baño con agua muy caliente y estar en la playa tomando el sol.

Cuarto paso: construir las escenas para cada una de las situaciones en las que ocurre la conducta problemática

A continuación se elaboraron por escrito, conjuntamente con la cliente, las distintas escenas que tendría que imaginar posteriormente. Todas ellas eran situaciones en las que normalmente ocurría la conducta de «comer dulces o bombones»: cuando estaba en casa viendo la televisión, al pasar por la pastelería y después de almorzar.

Las escenas fueron construidas de forma que reflejaran lo más posible todo cuanto ocurría en la realidad en el momento en que se decidía a comer alguno de los dos productos. Asimismo, fueron estructuradas de forma que incluyesen las diversas partes señaladas anteriormente (imaginar el objeto, aproximarse a él, aparición del estímulo aversivo y escape de la situación). Más adelante (sexto paso) se muestra una de las escenas elaboradas.

Quinto paso: establecer señales para comunicarse con el terapeuta

Se acordaron diversas señales que le permitirían comunicarse con el terapeuta durante la imaginación de las escenas: «levantar un dedo» cuando consiguiera imaginar claramente una imagen; «levantar dos dedos» si necesitaba más tiempo para imaginar la escena; si el terapeuta decía «cambia» debía de imaginar la situación de escape.

Sexto paso: imaginar la escena a medida que la describe el terapeuta.

Imaginar el objeto que le agrada:

T: *Ahora, cierra los ojos y relájate lo máximo posible tal y como has venido haciendo hasta ahora. Cuando notes que estás totalmente relajada, sin tensión ninguna, levantas un dedo... (levanta un dedo). Bien, ahora vas a intentar imaginar, lo más vívidamente posible, la escena que yo te vaya describiendo, y cuando lo consigas levantas un dedo nuevamente. Recuerda que has de imaginarlo como si realmente lo estuvieras viviendo en este momento, sintiéndola con los cinco sentidos, como si realmente estuvieras en esa situación. Estás en el salón de tu casa, tranquilamente tumbada en el sofá... Está comenzando tu serie favo-*

rita... *Tómate todo el tiempo que necesites para imaginar la escena lo más claramente posible, imagínate los muebles, escucha la canción que da comienzo a la serie... Piensas que la disfrutarás más si te traes uno de esos dulces que tienes en la nevera. Estás pensando en tu dulce favorito, un gran pastel cubierto de chocolate y crema... (la paciente levanta el dedo).*

Imaginarse a sí misma aproximándose al objeto:

T: *Decides tomarte uno. Te levantas del sofá, cruzas el salón... te diriges a la cocina...*

Imaginar la aparición de la estimulación aversiva:

T: *Al ir acercándote a la cocina notas una desagradable sensación en la boca del estómago, sientes náuseas. Sigues avanzando y abres la nevera, tienes los dulces enfrente... mientras los observas notas que un sudor frío recorre todo tu cuerpo, te encuentras mareada, todo se mueve alrededor, notas tu estómago revuelto y sientes unas terribles ganas de vomitar... Coges tu dulce favorito mientras sientes cómo un poco de líquido agrio empieza a llegar a tu garganta. Sientes el contacto del líquido con tu boca y su sabor agrio. El sabor es tan desagradable que hace que tu estómago se revuelva y surja más líquido, llenando toda tu boca y tu nariz. Te vas acercando el dulce a la boca a la vez que intentas tragarte el vómito. Justo cuando tienes el dulce en contacto con tus labios sientes cómo una nueva bocanada de vómito te llega a la boca... mientras observas el dulce pegado a tu boca sientes en contacto con tu lengua y garganta los trozos de comida del almuerzo, un líquido pastoso y un sabor cada vez más agrio... La mantienes cerrada pero no puedes aguantar el vómito en tu boca. Te viene una nueva bocanada, abres la boca y todo el vómito se derrama sobre el dulce, tus manos y tu vestido... El sabor del vómito y su olor hacen que te encuentres peor y vomites más y más... Observas cómo el dulce y tus manos se recubren de un líquido pastoso, con restos de comida, despiden un olor nauseabundo... la cocina se mueve...*

Introducir la situación de alivio:

T: *Tiras el dulce a la basura y sales de la cocina; a medida que te alejas de la cocina te vas sintiendo cada vez mejor, respiras hondo, va desapareciendo el sabor amargo de tu boca... te das un baño caliente... te cambias de ropa, y ahora te sientes realmente bien, relajada, notas tu estómago en calma y contenta por no haberte tomado el dulce.*

Una vez ensayada la escena se le pidió información acerca de cómo se había sentido y si la había imaginado con claridad. Se repitió la misma escena cuatro veces más con la descripción del terapeuta.

Séptimo paso: imaginar la escena sin ayuda del terapeuta

A continuación se le pidió que imaginara ella sola la misma escena. Los ensayos sin la ayuda del terapeuta se repitieron cinco veces tras los cuales se intercalaron otros cinco «con ayuda» y, finalmente, de nuevo cinco ensayos más «sin ayuda». Tras cada ensayo se comprobaba que no había tenido dificultades y que realmente se había sentido mal.

Octavo paso: práctica en casa

Se le dieron instrucciones de que practicara en casa, al menos dos veces al día, la misma escena y, además, siempre que sintiera deseos de tomarse un dulce.

En la siguiente sesión se practicó de nuevo la misma escena pero intercalando la situación de escape un poco antes. En los ensayos posteriores se fue introduciendo paulatinamente la situación de alivio cada vez más cerca del inicio de la respuesta (decidir tomar un dulce), hasta hacerla coincidir con el mismo. La siguiente escena es la última que se practicó sobre esta situación:

T: Estás en el salón de tu casa, tranquilamente tumbada en el sofá... Está comenzando tu serie favorita... Tómate todo el tiempo que necesites para imaginar la escena lo más claramente posible, imagínate los muebles, escucha la canción que da comienzo a la serie... Piensas que la disfrutarás más si te traes uno de esos dulces que tienes en la nevera. Estás pensando en tu dulce favorito, un gran pastel cubierto de chocolate y crema... sientes una sensación rara en el estómago... decides no tomártelo... ahora te sientes realmente bien, relajada, notas tu estómago en calma y contenta por no haberte tomado el dulce.

Se siguió el mismo procedimiento con el resto de escenas elaboradas.

Tras la primera sesión en la que se ensayó la imaginación de las escenas construidas, la paciente manifestó haber tenido dificultades para practicar en casa porque no lograba concentrarse en la imaginación pormenorizada de las mismas.

Se volvió entonces a practicar la misma escena en sesión mientras se grababa, en cinta magnetofónica, la descripción verbal del terapeuta. Se le pidió a la paciente que utilizara la grabación en los ensayos de práctica diaria que debía llevar a cabo durante la semana.

Capítulo 4

Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad

Aurora Gavino, Carmen Berrocal y Alicia E. López

4.1. DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Definición

La Desensibilización Sistemática (DS, en adelante) es un procedimiento dirigido al tratamiento de problemas de ansiedad, concretamente de problemas fóbicos. Puesto que en todo problema de ansiedad existen dos elementos básicos (ansiedad condicionada y evitación de los estímulos fóbicos), el procedimiento de la DS va dirigido a la disminución, primero, y a la eliminación, después, de la ansiedad fisiológica condicionada, sin abordar directamente el componente conductual (motórico) de evitación.

Pasos para su aplicación

1. Elaboración de la jerarquía de ítems a desensibilizar y valoración de las unidades subjetivas de ansiedad (USAS) de cada uno (desde 0, mínima ansiedad ante la situación, hasta 100, máxima ansiedad ante la situación).
2. A un mismo tiempo, entrenamiento en relajación por alguno de los procedimientos tradicionales (por ejemplo, la relajación muscular progresiva de Jacobson o la relajación autógena de Schultz) en función del que resulte más conveniente al sujeto (porque tenga experiencia previa, por ejemplo).
De este modo, la primera parte de la sesión se dedica a la elaboración de la jerarquía y la segunda parte a la relajación. El motivo no es otro que asegurar que los ítems que provocan ansiedad no están condicionados por un estado de relajación que podría dar lugar a incorrecciones en la elaboración de la jerarquía.
3. Una vez confeccionada la jerarquía de ítems a desensibilizar, el procedimiento a seguir es el siguiente:
 - En la **desensibilización sistemática en imaginación**:
La primera sesión debe comenzar relajando al cliente (durante 15 minutos apro-

ximadamente). Cuando ya esté relajado, se le presenta el primer ítem de la jerarquía, que se describe tal y como se haya indicado durante la elaboración de la misma. Cuando el cliente lo imagina claramente, indicará el nivel de ansiedad experimentado. Entonces se vuelve a relajar, y se le describe de nuevo el ítem. Cada ítem se presenta dos o tres veces, hasta que el cliente indique que la USA correspondiente al mismo es equivalente a uno o cero.

En las siguientes sesiones, el procedimiento es equivalente, pero se comienzan las mismas presentando el último ítem trabajado en la sesión anterior.

Es importante señalar que las sesiones no deben terminar con un ítem no desensibilizado.

Asimismo, se debe solicitar al cliente que, entre sesión y sesión, se autoexponga a los ítems desensibilizados en consulta siguiendo el mismo procedimiento (relajación, imaginación, relajación)

Finalmente, cuando ya se han desensibilizado varios ítems en imaginación, se pide al cliente que se exponga a los mismos en vivo.

- **En la desensibilización sistemática en vivo:**

En el procedimiento en vivo, el cliente es expuesto a los ítems directamente, bajo el mismo procedimiento. Primero el cliente ha de relajarse; después, el terapeuta le acompaña a la situación ansiógena; cuando experimente ansiedad debe indicarlo y el terapeuta le instruye para que se relaje, haciéndolo así para todos los ítems de la jerarquía.

Siempre que sea posible, es preferible el uso de la desensibilización sistemática en vivo, puesto que sus resultados han mostrado ser superiores, bajo un análisis de costo-eficacia, a los obtenidos mediante la desensibilización en imaginación (Echeburúa y Corral, 1993).¹

Existen variantes de la desensibilización sistemática para aquellos casos en los que no se aplique la relajación como técnica (inhibición externa, ira inducida, sugestión directa, respuestas debidas a ejercicios físicos, fármacos o condicionamiento de alivio a la respuesta de ansiedad).

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El sujeto no consigue relajarse.
2. La jerarquía no comprende todos los ítems necesarios y/o se producen saltos cualitativos importantes entre ítems.
3. El cliente, tras repetidas presentaciones de un mismo ítem, sigue manifestando un nivel de ansiedad superior a dos o tres USAS.
4. El sujeto no consigue superar un ítem de la jerarquía.
5. El sujeto tiene un tiempo limitado para superar su problema.
6. Asimismo, y específicamente en el caso de la DS en imaginación, puede ocurrir que el sujeto:
 - No visualice ni imagine claramente.
 - Supere los ítems en imaginación pero no en vivo.

1. Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). «Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones». En F. J., Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (Dirs.), *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*, Pirámide, Madrid.

- Ponga en marcha mecanismos de evitación ante el ítem descrito (imagine algo que el terapeuta no le describe al objeto de minimizar la ansiedad ante el ítem) o se distrae con frecuencia.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Si, tras varios intentos con diferentes técnicas de relajación, el sujeto no consigue relajarse, es aconsejable la utilización de otra técnica donde no sea necesario este requisito, pero que pueda resultar eficaz de acuerdo a la evaluación psicológica realizada previamente.
2. Es preciso repasar ítem a ítem la jerarquía elaborada. No obstante, es posible que, una vez iniciado el procedimiento de desensibilización, falten ítems para completar una graduación correcta o alguno sea demasiado amplio y haya que dividirlo. En este caso se suspende el tratamiento hasta que la jerarquía esté bien ordenada y completa.
3. Se pasará a describirle el ítem previamente desensibilizado, repitiendo el procedimiento descrito, finalizando entonces la sesión. Como ya señalamos anteriormente, se debe cuidar que las sesiones no terminen con un ítem no desensibilizado.
4. Cuando el sujeto no consigue superar un ítem se debe, generalmente, a que la jerarquía no está bien construida, en cuyo caso se recurre a la estrategia anterior.
5. Si el cliente tiene un tiempo limitado para superar su problema, no es aconsejable el uso de la desensibilización sistemática como técnica de elección puesto que se trata de un procedimiento de cierta duración. Si pudiese realizarse en vivo, podría aplicarse la técnica de aproximaciones sucesivas (véase apartado 4.3) o la inundación (véase apartado 4.2). Si no fuese posible aplicar otra técnica, se construye una jerarquía dividiendo en pequeños pasos el ítem que es preciso superar en poco tiempo procediendo, posteriormente y una vez superado, a realizar una desensibilización sistemática bajo el procedimiento descrito.
6. En estos casos puede estar ocurriendo que:
 - La descripción del ítem no se ajuste a la realidad. En este caso, debe solicitarse al sujeto que describa el mismo tal y como suele suceder habitualmente.
 - La imaginación no es lo necesariamente vívida para representar funcionalmente lo que ocurre en vivo. En este caso, es preciso poner ejemplos antes de comenzar con la técnica y pedir al sujeto que describa distintas escenas propuestas por el terapeuta. Si este procedimiento no fuese suficiente, se puede hacer uso de diapositivas que el cliente debe describir posteriormente con los ojos cerrados.
 - Si el sujeto no se centra en la escena, bien por ser demasiado ansiógena o desagradable, bien por estar distraído, entonces, en el primer caso, se revisa la jerarquía, ya que podría significar que existen importantes saltos cualitativos entre un ítem y otro. En el segundo caso se solicita al cliente que lo indique, levantando una mano, procediendo el terapeuta de nuevo a describir la situación. También puede ocurrir que no se centre en la escena simplemente porque desea evitarla. En este caso, es conveniente explicar al cliente la importancia de no hacer eso.

Características del terapeuta

- Conocimientos en relajación y en variantes del procedimiento de la desensibilización sistemática.
- Conocimientos en las estrategias de construcción de jerarquías.
- En caso de la desensibilización en imaginación, habilidad para que el individuo imagine vívidamente las situaciones descritas (modulando el tono y volumen de voz, así como la velocidad del habla).

Características del cliente

- Capacidad para relajarse una vez instruido.
- Autonomía y capacidad de autocontrol para practicar la autoexposición en imaginación y/o en vivo, bajo prescripción terapéutica.
- Los estímulos ante los que se produce la respuesta de ansiedad han de ser reales, no fantásticos o fruto de trastornos psicológicos (por ejemplo, alucinaciones perceptivas).
- Es desaconsejable el uso de la DS ante sujetos que presentan problemas de ansiedad generalizada, donde no existen estímulos específicos.
- Con clientes que presentan un marcado estado de ánimo deprimido los resultados terapéuticos obtenidos mediante la técnica de desensibilización sistemática son pobres (Echeburúa y Corral, 1993).¹
- Si se trata de niños menores de seis años, es preferible el uso de una técnica diferente, como la imaginación emotiva.

Ámbitos de aplicación

- Es prescriptivo el uso de esta técnica cuando el sujeto tiene grandes dificultades para enfrentarse a una situación y/o estímulo que le produce una ansiedad incapacitante, es decir en problemas de tipo fóbico.
- En imaginación es aconsejable especialmente cuando el problema surge de forma esporádica (por ejemplo, fobia a volar o a los truenos), y/o cuando los estímulos ansiógenos no están presentes en el momento de aplicar el tratamiento.

Caso ilustrativo²

Se trata de una mujer de 24 años, licenciada en Psicología, que trabaja como auxiliar administrativa en una gestoría fiscal. En el momento de solicitar asistencia psicológica convive con sus padres y dos hermanos.

Acude a consulta señalando que tiene mucho miedo a las cucarachas. El problema había surgido nueve años antes, cuando la paciente leyó el libro *La metamorfosis*, de Kafka, y comienza a imaginarse al personaje convertido en una cucaracha gigante, lo que le produce

1. *Op. cit.*

2. El caso que se presenta es un resumen del publicado por una de las autoras (en calidad de coautora) en la *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1991, 9 (2), bajo el título «Eliminación de una fobia simple a las cucarachas mediante técnicas de exposición y autoexposición».

un enorme desagrado. Por esa época ve una cucaracha en el aseo de su domicilio, hecho que le produce una gran ansiedad. Desde entonces, tiene miedo a estos insectos.

La evaluación se realizó mediante una entrevista conductual de carácter general, para obtener información sobre la paciente, y a través de una entrevista específica para lograr un análisis más detallado del problema que presenta.

Los resultados, en lo que al *análisis topográfico* de la conducta-problema se refiere, indican que la presencia en vivo, en fotografías, en imaginación o en televisión, de cucarachas o insectos parecidos (v.g., escarabajos) provocan respuestas de ansiedad en la sujeto:

- A nivel fisiológico: aumento de la tasa cardíaca y del ritmo respiratorio; tensión muscular, principalmente en los brazos.
- A nivel cognitivo: ideas relacionadas con los movimientos que el insecto pueda realizar. Autoverbalizaciones respecto a su propia actuación ante la presencia del estímulo fóbico (*¿qué puedo hacer: avisar a alguien, matarla o salir de la habitación?*).
- A nivel motor: conductas de escape o evitación (salir de la habitación o avisar a alguien).

El aumento de las respuestas fisiológicas y la presencia de determinadas respuestas a nivel cognitivo (autoverbalizaciones sobre su actuación) y motor (conductas de escape) dependían de una serie de aspectos:

- La presencia en vivo del insecto.
- Que estuviese vivo.
- Color (la ansiedad aumentaba si la cucaracha era negra).
- Tamaño: a mayor tamaño mayor ansiedad.
- Movimiento de antenas y patas: si el insecto las movía, el nivel de ansiedad aumentaba.
- Abultamiento y altura del caparazón: a mayor altura y abultamiento, mayor intensidad de las respuestas fisiológicas de ansiedad.
- Distancia respecto del insecto: si la distancia era pequeña se producía un incremento de las respuestas fisiológicas.

Además, la paciente había desarrollado una serie de respuestas de evitación activa encaminadas a evitar el contacto con una cucaracha:

- Cuando llegaba a su casa, si sabía que no había nadie, revisaba determinadas estancias (cocina, aseo y su dormitorio) para que, en caso de comprobar que hubiese una cucaracha, matarla inmediatamente con un spray a tal efecto.
- Antes de acostarse por la noche, comprobaba determinados lugares de su dormitorio para buscar cucarachas y matarlas.
- Antes de meterse en la cama, dejaba sus zapatillas en determinada posición para podérselas poner inmediatamente en caso de oír algún ruido que le hiciese suponer la presencia de una cucaracha. En caso de que ocurriese esto, se levantaba, encendía la luz y cogía el spray, que siempre tenía guardado en su mesilla de noche.
- Al levantarse por las mañanas, revisaba sus zapatos y la ropa que iba a ponerse ante la idea de que pudiese haber alguna cucaracha.

El *análisis funcional* de la conducta-problema muestra que al no haberse producido un proceso de descondicionamiento, las cucarachas mantienen el valor de estimulación aversiva ante el que la sujeto presenta respuestas fisiológicas de ansiedad y conductas de escape que ponen fin a dicha estimulación aversiva condicionada. Asimismo, ante la probabilidad

de que aparezcan cucarachas, la paciente funciona emitiendo respuestas de evitación activa. De esta manera, su conducta-problema está mantenida por la persistencia de un proceso de condicionamiento clásico (en lo que se refiere a sus respuestas fisiológicas de ansiedad) y por un proceso de condicionamiento operante (respuestas de evitación, activa y pasiva, y de escape).

Se consideró que en la medida en que continuaran funcionando los patrones de respuesta que se habían instaurado, la probabilidad de que disminuyeran la conducta-problema era escasa. Además, considerando la alta tasa de respuestas de evitación activa que presentaba, existía la posibilidad de que adquiriesen un carácter de ritual. Por tanto, se optó por una intervención dirigida a romper la contingencia existente entre los estímulos condicionados y la respuesta de ansiedad. Para ello se optó, entre otras estrategias, por la **desensibilización sistemática en imaginación**, puesto que cuando la paciente solicitó ayuda las condiciones climatológicas (comienzo de la primavera) no favorecían la disponibilidad del estímulo fóbico en vivo; además, la paciente tenía conocimientos en la práctica de la relajación.

Aplicación de la técnica

Primer paso: elaboración de la jerarquía de ítems a desensibilizar

En primer lugar, se procedió a la elaboración de una jerarquía de desensibilización en imaginación, donde se reflejaban las diversas situaciones en relación a la presencia del insecto que provocaban respuestas de ansiedad, en función de su intensidad (de menor a mayor grado) tal y como se muestra en la tabla de la página 59.

Segundo paso: entrenamiento en relajación

Al mismo tiempo que se construía la jerarquía, se comprobó que:

- La paciente tenía capacidad para visualizar vívidamente y en detalle.
- Tenía conocimientos en la práctica de la relajación.
- La ansiedad que sentía cuando imaginaba los ítems era la misma que cuando la situación ocurría realmente (en vivo).

Tercer paso: aplicación del procedimiento de desensibilización sistemática en imaginación

Para la aplicación de la técnica, el esquema seguido en cada sesión fue el mismo:

- Primero se comenzaba la misma repasando las tareas para casa (tras la primera sesión de desensibilización se pidió a la paciente que realizase una autoexposición en imaginación; es decir, se le pedía que practicase en casa la imaginación de las situaciones que se habían trabajado y desensibilizado en consulta).
- A continuación se procedía a la desensibilización en imaginación de ítems (relajación inducida, ítem control y presentación del ítem a desensibilizar).
- Al final de cada sesión, se comentaban las tareas de autoexposición en imaginación que debía realizar.

A continuación se presenta el desarrollo de las sesiones de tratamiento para la exposición en imaginación. Cuando alguno de los ítems no quedaba desensibilizado, se volvía al ítem anterior, de modo que la sesión siempre acabase con un ítem cuyas USAS (unidades subjetivas de ansiedad ante la situación) no fuese superior a 1.

Jerarquía de desensibilización en imaginación

ÍTEM	USAS	SITUACIÓN
1	5	Subo las escaleras de casa, de noche, en invierno, y pienso en ver una cucaracha.
2	10	Veo una cucaracha muerta en la calle.
3	20	En una caja de cristal veo una colección de insectos. Hay una cucaracha negra, grande con el caparazón abultado.
4	30	Estoy en la escalera de casa de un amigo y al encender la luz veo tres cucarachas corriendo.
5	45	Veo una cucaracha en el cuarto de baño que corre despacio. La piso.
6	55	Antes de entrar en el portal, pienso que cuando entre en casa puedo encontrarme una cucaracha.
7	60	Voy por la calle, de noche, acompañada, y veo muchas cucarachas vivas.
8	65	Veo una cucaracha, de día, saliendo por la pila de la cocina.
9	70	Veo salir una cucaracha, a 30 cm de mí, de día.
10	75	Estoy en casa, a oscuras, y oigo un ruido en la habitación. Intento identificar si es una cucaracha.
11	80	Oigo un ruido por la noche, enciendo la luz y es una cucaracha grande que anda por la pared.
12	85	Veo una cucaracha quieta. Intento matarla con un spray y escapa. Apago la luz y no la oigo más.
13	90	Oigo un ruido, enciendo la luz y es una cucaracha que se esconde en un lugar inaccesible. Apago la luz y la sigo oyendo.
14	95	Estoy intentando matar una cucaracha. Se mete en mi habitación. Cojo una zapatilla y la aplasto.
15	100	Toco una cucaracha viva.
16	100	Estoy durmiendo. Noto algo por las piernas. Es una cucaracha que sale corriendo. No la veo más.

Distribución de las sesiones de exposición en imaginación

SESIÓN	ÍTEM	+/-	USAS I	USAS II
1. ^a	1	+	5	3-0-0
	2	+	10	7-5-1
2. ^a	2	+	10	3-2-0
	3	+	20	10-5-0
	4	+	30	8-3-1
	5	+	45	7-5-3-0
3. ^a	5	+	45	0
	6	+	55	5-3-0
	7	+	60	8-5-2-0
	8	+	65	3-2-0
4. ^a	8	+	65	5-3-0
	9	+	70	4-0-0
	10	-	75	10-6-4-2
	9	+	70	0
5. ^a	9	+	70	0
	10	+	75	5-2-0
	11	+	80	4-3-1
	12	+	85	6-4-1
6. ^a	12	+	85	3-1-0
	13	-	90	3-3-3
	12	+	85	0
7. ^a	12	+	85	1
	13	+	90	0-0
	14	-	95	5-3-2
	13	+	90	0
8. ^a	13	+	90	0
	14	+	95	0-0
	15	-	100	10-5-5
	14	+	95	0
9. ^a	14	+	95	0-0
	15	+	100	0-0
10. ^a	15	+	100	3-0-0
	16	+	100	5-2-0
11. ^a	16	+	100	0-0

NOTA:

Los signos + hacen referencia a ítems desensibilizados.

Los signos - se refieren a ítems sin desensibilizar en la sesión.

USAS I: unidades subjetivas de ansiedad en la línea base.

USAS II: unidades subjetivas de ansiedad al inicio y durante la sesión de tratamiento.

Respecto a las tareas de autoexposición en imaginación se distribuyeron tal y como sigue:

Distribución de los ítems para la autoexposición en imaginación (tareas para casa)

SESIONES	ÍTEMS
2. ^a	1
3. ^a	2-3 + 1
4. ^a	4-5-6 + 2-3
5. ^a	7-8-9 + 4-5-6
6. ^a	10-11 + 7-8-9
7. ^a	12 + 10-11
8. ^a	13 + 12
9. ^a	14 + 13
10. ^a	15 + 14
11. ^a	15 + 14
12. ^a	16 + 15
13. ^a	16

En la sexta sesión, debido al cambio de temperatura (hacia más calor, siendo, por tanto, más probable la aparición de cucarachas), se comienza a instruir a la paciente sobre su forma de actuación ante la presencia inesperada del estímulo en vivo. Las instrucciones, dirigidas al enfrentamiento del estímulo, fueron:

- Matar la cucaracha sin pedir ayuda de nadie.
- No matarla con un spray (el empleo de este instrumento podría suponer una conducta de evitación, puesto que eludía todo contacto con el insecto).
- Instruir a sus familiares para que cuando matasen cucarachas, sin estar ella en casa, no las tirasen. Debían dejarlas muertas en un sitio visible para que fuese ella quien las recogiese y tirase.
- Además, se le instruye en el empleo de determinadas autoverbalizaciones (*no todos los ruidos que escucho tienen que estar producidos por una cucaracha; aunque aparezca una cucaracha, ahora tengo estrategias para manejar esa situación*) dirigidas a lograr un comportamiento más adaptativo ante situaciones inesperadas.

Para concluir la intervención, se procedió, en la decimotercera sesión, a realizar en consulta un ensayo conductual (dirigido a ver directamente cómo se comportaba ante una situación concreta), mediante la técnica de modelado participativo (véase apartado 5.2), dirigido al afrontamiento en vivo de los últimos ítems de la jerarquía. Dicho ensayo consistió en tocar una cucaracha viva y en dejar, durante diez segundos, una cucaracha viva sobre su pierna derecha.

4.2. INUNDACIÓN

Definición

Consiste en la exposición prolongada a estímulos (objetos, situaciones, individuos, etc.) altamente ansiógenos para el sujeto, los cuales pueden ser evocadores de conductas de evitación, impidiendo que se produzca la huida. Es importante que los ensayos sean repetidos y de larga duración.

El objetivo de la técnica es la reducción o eliminación de las respuestas fisiológicas de ansiedad no adaptativas o de las conductas de evitación, en su caso, cuando éstas se encuentran asociadas funcionalmente a estímulos o situaciones específicas.

Pasos para su aplicación

La técnica de inundación puede llevarse a cabo «en imaginación» o «en vivo». En el procedimiento de «inundación en imaginación» se siguen todos los pasos que a continuación se enumeran. En el procedimiento de «inundación en vivo» se eliminarían los pasos número 2 y 3:

1. Elaborar un listado de los estímulos evocadores de ansiedad o, en su caso, elicitadores de las conductas de evitación que se desean modificar. El listado puede jerarquizarse teniendo en cuenta que todos los ítems deben provocar niveles moderadamente altos de ansiedad (exposición gradual). También puede llevarse a cabo comenzando con situaciones estimulares que evocan niveles altos de ansiedad (exposición masiva).
2. Comprobar la capacidad de imaginación del sujeto y, en su caso, entrenarle con escenas neutrales o ajenas al problema.
3. Llevar a cabo sesiones de exposición en las que se presenten, en imaginación, las descripciones de los distintos ítems de la jerarquía. Cada ensayo ha de realizarse de forma repetida y mantenerse hasta que las respuestas de ansiedad desaparezcan o disminuyan hasta la línea base inicial.

El sujeto ha de superar en imaginación todos los ítems de la jerarquía antes de continuar con el siguiente paso.

4. Exponer al sujeto a situaciones reales en las que estén presentes los estímulos temidos. Las exposiciones han de ser de larga duración y se ha de impedir que el sujeto escape de la situación. El tiempo de exposición varía de un caso a otro pero, en general, la exposición ha de mantenerse hasta que las respuestas fisiológicas y subjetivas de ansiedad alcancen el máximo grado y luego disminuyan hasta la línea de base inicial o desaparezcan por completo. Esto puede comprobarse a través de índices psicofisiológicos, los indicios externos de ansiedad o bien por la propia información del sujeto.

Las sesiones de exposición han de tener lugar con la mayor frecuencia posible (varias a la semana).

Es conveniente que el terapeuta esté presente y dirija las primeras exposiciones hasta que, posteriormente, el sujeto vaya adquiriendo mayor responsabilidad en las mismas.

5. Reforzar positivamente cada paso que el sujeto lleve a cabo de forma adecuada y transmitirle confianza acerca de que las respuestas de ansiedad irán desapareciendo a medida que permanezca en la situación.

6. Proporcionar al sujeto información específica sobre los progresos del tratamiento, bien mediante retroalimentación por parte del terapeuta, bien a través de autorregistros rellenos por el propio sujeto.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Es una técnica que expone al cliente a niveles muy altos de ansiedad, lo cual puede producir desagrado en éste y obliga al terapeuta a manejar correctamente las situaciones con objeto de que el cliente no escape de ellas. Si el sujeto escapa de la situación aversiva con un grado alto de ansiedad, se reforzará la conducta de evitación a tal situación.
2. Las situaciones temidas por el sujeto no permiten la intervención directa del terapeuta.
3. Las situaciones temidas no están presentes en el momento del tratamiento en la vida del sujeto.
4. Cuando se aplica «en imaginación» puede ocurrir que el sujeto no pueda mantener la escena el tiempo suficiente para que la ansiedad desaparezca o que bloquee la ansiedad minimizando y neutralizando importantes elementos ansiógenos de la escena.
5. Las exposiciones dan lugar a alteraciones médicas, riesgos físicos para el sujeto o problemas psicológicos.
6. El sujeto no atiende al malestar físico y emocional que experimenta durante la exposición, centrándose en otros aspectos menos desagradables de la misma (distracción, escape cognitivo, etc.).
7. El sujeto teme marearse y llegar a perder el conocimiento, justificando de este modo el evitar exponerse a la situación temida.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. El terapeuta, en todo caso, debe asegurarse de que el sujeto no puede escapar de la situación problemática. Una de las claves para ello es informar al sujeto, antes de comenzar el tratamiento, de posibles situaciones desagradables que pueden surgir durante la exposición.

Antes y durante las sesiones de exposición, el terapeuta ha de enfatizar los efectos positivos que, a largo plazo, obtendrá a nivel fisiológico, cognitivo y conductual. En este sentido, es importante que insista en que es la permanencia prolongada en la situación, sin escapar de ella, la que producirá los consiguientes cambios de los componentes cognitivos y fisiológicos de la ansiedad.

Si es necesario, se puede establecer un contrato en el que se especifique el compromiso de permanecer en las situaciones problemáticas.

La graduación de las exposiciones aumenta el nivel de cooperación del sujeto y reduce las posibilidades de que escape de la situación aversiva. No obstante, es necesario que el grado de ansiedad sea moderadamente alto en cada uno de los ítems de la jerarquía.

Si hubiese posibilidad de escape, el terapeuta no debe confiar la exposición a personas no preparadas o con poca experiencia en esta técnica. Si es preciso, se puede utilizar la técnica de modelado (véase apartado 5.2) o estrategias de control estimu-

lar (véase apartado 3.3), como herramientas previas para facilitar la permanencia en la situación.

2. Entrenar adecuadamente a otra persona que pueda suplir al terapeuta, para lo cual puede ser de utilidad la técnica de *role-playing*. En todo caso, el terapeuta ha de asegurar la correcta aplicación de la técnica y, si esto no es posible, se elegirá otra que supere estos problemas (por ejemplo, autoinstrucciones). También puede utilizarse la exposición en imaginación.
3. Utilizar la exposición en imaginación en los mismos términos anteriores.
4. Si el sujeto no mantiene la imaginación de la escena el tiempo suficiente, el terapeuta puede describirla tantas veces como sea necesario para que se concentre en la visualización de la misma.
Si el sujeto evita enfrentarse a la situación ansiógena, deberá resaltar la importancia de mantener la visualización de la escena y, si es preciso, elaborar un contrato en el que se especifique el compromiso para seguir las instrucciones del terapeuta.
5. Los efectos negativos sobre el estado físico y psicológico del sujeto son raros pero deben prevenirse con una cuidadosa exploración médica y psicológica previa al tratamiento. Si tuvieran lugar durante el desarrollo del mismo, se han de suspender las sesiones de exposición.
6. Proporcionarle instrucciones dirigidas a impedir la evitación y, si fuese necesario, graduar más las exposiciones, hacerlas más prolongadas y más frecuentes.
7. Igual que en el caso anterior, el terapeuta debe proporcionar instrucciones dirigidas a impedir la evitación. Se le explicará al sujeto que la única medida necesaria es la de encontrarse en una posición que evite algún daño físico. Aparte de ello, se minimizarán los problemas relacionados con las sensaciones de mareo.

Características del terapeuta

- Adoptar un papel activo y directivo.
- Establecer un clima empático y de autoridad sobre el sujeto.
- En caso de la exposición en imaginación, habilidad para que el individuo imagine vívidamente las situaciones descritas.
- Tener habilidad para instigar al sujeto para que realice las conductas temidas.
- Tener habilidad para reforzar adecuadamente la realización de cada ensayo mediante la aprobación verbal, apoyo y retroalimentación.

Características del cliente

- Ha de adoptar un papel activo.
- Ha de estar dispuesto a aceptar cierto grado de malestar durante las primeras sesiones de tratamiento.
- No debe ser alcohólico ni hacer uso de drogas.
- Los efectos son muy pobres con sujetos sometidos a tratamiento con fármacos ansiolíticos o en estado depresivo.
- No se puede aplicar con personas que padecen hipertensión u otra enfermedad cardíaca.
- No debe haber sufrido previamente ningún brote psicótico.

Ámbitos de aplicación

- Se aplica ante problemas clínicos de ansiedad, fundamentalmente fobias y trastornos obsesivo-compulsivos.

Caso ilustrativo

Se trata de una joven de 16 años, estudiante de 3.º de BUP. Reside con sus padres y un hermano de 15 años.

La demanda de asistencia psicológica es presentada por los padres. Durante el último año la joven ha perdido 20 kilos mediante una severa dieta autoimpuesta. Cuando acude a consulta pesa 49 kilos y mide 1,73 centímetros de altura. A pesar de la excesiva pérdida de peso corporal, manifiesta abiertamente su deseo de continuar perdiendo algunos kilos más.

En base a los resultados de la evaluación, la primera fase del tratamiento estuvo dirigida a la modificación de las distintas conductas problemáticas relacionadas directamente con la alimentación.

Conseguidos los primeros objetivos terapéuticos y restaurado el peso corporal, la intervención se centró en otros comportamientos, también problemáticos, que presentaba la cliente. Entre ellos, la evitación de cualquier tipo de indumentaria que pudiese «revelar» alguna parte del cuerpo (ropa ceñida, con mangas cortas, etc.). De la ropa con la que contaba, tan sólo hacía uso de dos pantalones largos y dos o tres jerseys de manga larga, muy anchos y largos. Si se compraba alguna prenda siempre tenía que ser de estas características (con mangas largas, de color oscuro, ancho y que le cubriese las caderas), independientemente de que fuese invierno o verano.

Como consecuencia de lo anterior, evita salir en frecuentes ocasiones con sus amigas/os cuando van a la playa, montar en bicicleta o pasear en días calurosos.

Si se viste con alguna de las prendas que generalmente evita, sobre todo cuando está reunida con personas conocidas de su misma edad, se producen elevadas respuestas de ansiedad por lo que inventa alguna excusa para marcharse de la reunión.

Se ha optado por aplicar la técnica de inundación bajo la hipótesis de que la exposición prolongada a los estímulos generadores de la ansiedad producirán una disminución de las respuestas fisiológicas de la paciente.

Aplicación de la técnica

En primer lugar, se entrenó a los padres y hermano para que participaran, como coterapeutas, en el tratamiento. Para ello, se modeló (con el terapeuta como modelo) el comportamiento que habrían de seguir en las sesiones de exposición, y se utilizó posteriormente el *role-playing* para asegurar la correcta aplicación de la técnica. Se les insistió en la necesidad de que la paciente permaneciera en la situación, con la ropa que se estableciera como «tarea», hasta que la ansiedad disminuyese.

Primer paso: elaboración de un listado de estímulos ansiógenos

Se elaboró, en colaboración con la cliente, un listado con las prendas que hasta el momento había evitado utilizar. Los ítems se ordenaron mediante una escala de 1 a 10 según el nivel de ansiedad que cada uno elicita (exposición gradual). En el siguiente cua-

dro se muestran los distintos ítems de la jerarquía y el nivel subjetivo de ansiedad para cada uno de ellos.

Jerarquía de estímulos ansiógenos

- | |
|---|
| 1. Pantalones/blusas de color claro (4) |
| 2. Llevar la blusa/camiseta por dentro del pantalón (5) |
| 3. Camisetas con mangas cortas (6) |
| 4. Camisetas sin mangas (7) |
| 5. Pantalón corto (8) |
| 6. Minifalda (8) |
| 7. Bañador con pantalón corto encima (9) |
| 8. Bañador (10) |

El nivel de ansiedad era más intenso cuando se reunía con amigos/as de su edad que cuando estaba con algún miembro de la familia o con personas desconocidas. Por lo tanto, se optó por ensayar cada ítem primero en situaciones en las que estuvieran presentes estos últimos (familiares o desconocidos) y, una vez superados con éxito, realizar las exposiciones en situaciones en las que estuviesen los amigos/as (exposición gradual).

Segundo paso: exponer al sujeto a situaciones reales en las que estén presentes los estímulos temidos

Se elaboró un listado de las prendas con las que podía contar para los ensayos de cada ítem. Se comenzó con un ítem que, provocando cierto nivel de ansiedad, la cliente se sentía capaz de llevar a cabo: «utilizar pantalones/blusas de color claro».

Algunos ejemplos de las tareas de exposición son los siguientes:

- Primera sesión: se programó como tarea para la semana el utilizar todos los días prendas de color claro. Debía permanecer con ellas puestas al menos durante dos horas, o más si la ansiedad no había bajado hasta cero. Los ensayos debían tener lugar fuera de casa (paseando, comprando, etc.) y acompañada de algún miembro de la familia. Para la próxima sesión tenía que acudir a la consulta con ropas de color claro.
- Segunda sesión: se le pidió en consulta que se metiera la camiseta por dentro del pantalón y permaneciera así durante toda la sesión y hasta que llegara a casa. Como tareas para la semana debía hacer las mismas que la semana anterior (vestirse con ropas claras) pero esta vez con los amigos/as. Tenía que permanecer en la reunión hasta el final de la misma. Además, tres días a la semana tendría que salir, acompañada de algún miembro de la familia, a comprar, pasear, etc., llevando la blusa/camiseta de color claro por dentro del pantalón y permanecer en la calle al menos durante dos horas. De esta forma se fue avanzando progresivamente a lo largo de la jerarquía.

Se le dieron instrucciones a la familia para que no mostraran atención a las frecuentes preguntas que la cliente les hacía cada vez que se ponía alguna prenda de la jerarquía (*¿me queda bien?; me estás engañando; ¿no me hará muy gorda?, etc.*), es decir, que extinguiesen dicha conducta.

Tercer paso: refuerzo positivo por los logros conseguidos

En los ensayos correspondientes, o inmediatamente después de éstos, la familia reforzaba verbalmente la permanencia de la paciente en la situación problemática con frases del tipo: *lo estás haciendo muy bien, lo vas a conseguir, pronto te pondrás toda la ropa que quieras, fíjate cómo cada vez sientes menos malestar, etc.*

Asimismo, el terapeuta reforzaba en cada sesión cualquier logro conseguido durante la semana.

Cuarto paso: proporcionar información específica sobre los progresos del tratamiento

Se diseñó un registro con objeto de poder supervisar las tareas de exposición que la cliente llevaba a cabo a lo largo de la semana y proporcionarle retroalimentación sobre los progresos del tratamiento.

Autorregistro de las tareas de exposición

Día	Situación	Ítem	Minutos	Ansiedad (1-10) A-D-T*
Martes	Paseando Hermano	1	150	2-4-1

* Nivel subjetivo de ansiedad: antes de la exposición (A), durante (D) y al término de la misma (T).

4.3. APROXIMACIONES SUCESIVAS (O EXPOSICIÓN AUTOCONTROLADA *EN VIVO*)

Definición

Si bien la expresión «aproximaciones sucesivas» se utiliza en la mayoría de los casos como sinónimo de moldeamiento (véase apartado 3.1), también se hace referencia con el mismo término a un tratamiento por exposición directa para los problemas de ansiedad, denominado por Emmelkamp (1982)¹ como exposición autocontrolada en vivo. Siguiendo el paradigma del condicionamiento operante, este procedimiento consiste en exponer al sujeto *en vivo* y de forma gradual a la situación suscitadora de ansiedad, lo cual se hace contingente a la obtención de reforzamiento. Se encuentra especialmente indicado para las fobias que requieren superar diferentes pasos de aproximación física o espacial, fundamentalmente en niños.

Esta técnica presenta las siguientes características:

- Es fácil de aplicar.
- Se requiere un coterapeuta (familiar, amigo, etc., del cliente), principalmente cuando se utiliza con niños.
- No es necesaria la presencia del terapeuta para su realización.
- Cuando se utiliza con niños, requiere una buena selección de reforzadores materiales.

1. Emmelkamp, P. M. G. (1982), *Phobic and obsessive-compulsive disorders. Theory, research, and practice*, Plenum Press, Nueva York.

- Generalmente no es necesario ir paso a paso, ya que el cliente suele superar la jerarquía saltándose ítems.
- Es rápida.
- Se aplica en vivo.

Pasos para su aplicación

1. Elaboración de una jerarquía, es decir, de un listado de objetivos de aproximación a la conducta terminal. Por ejemplo, el terapeuta acompaña al sujeto a una tienda como primer paso. A continuación, el sujeto debe realizar compras por sí solo.
2. Aproximación ante cada uno de los ítems de la jerarquía en vivo, comenzando por la conducta inicial. Se le debe explicar al sujeto el plan antes de comenzar.
3. Reforzamiento de cada ítem o paso conseguido, utilizando refuerzos materiales cuando se aplica en niños; y reforzamiento social, o retroalimentación sobre los logros obtenidos, o frases de autorrefuerzo (autoafirmaciones de logro, por ejemplo: *¡muy bien, lo he conseguido!*), cuando se usa con adultos.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. No se está seguro de cuándo debe pasar el sujeto a la siguiente aproximación.
2. El sujeto da muestras de intenso miedo o el terapeuta capta dicho miedo.
3. El sujeto continúa teniendo dificultades, a pesar de «reentrenarle» en los pasos previos.
4. El sujeto presenta pensamientos inhibitorios que dificultan la aproximación a la situación temida.
5. Surge alguna complicación en la situación de aproximación (por ejemplo, un ruido inesperado en la oscuridad) que crea ansiedad al sujeto llegando a percibir que no va a controlar su respuesta.
6. No se puede contar con un coterapeuta.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. No cambiar al siguiente paso hasta que el sujeto haya realizado el paso actual sin experimentar ansiedad.
2. Interrumpir el procedimiento, reiniciándolo en una fase de la secuencia graduada anterior a aquélla que provocó la ansiedad.
3. Para este problema pueden utilizarse tres estrategias:
 - Añadir más pasos en el punto en que surge la dificultad.
 - Incluir el uso del modelado (bien a través de la presencia de otro/s sujeto/s, bien modelado simbólico, por ejemplo mediante la visualización de películas).
 - Utilizar procedimientos de contacto físico entre el terapeuta (o coterapeuta) y el cliente.
4. Se puede entrenar al sujeto en autoinstrucciones para enfrentarse a la situación ansiógena. Es decir, el sujeto se dice subvocalmente (o se susurra a sí mismo) cada uno de los pasos de la conducta que ha de realizar y/o autoafirmaciones de afrontamiento (por ejemplo, *ahora respiro, ahora, yo ya he llegado aquí y de aquí no me muevo; puedo controlar la situación*). En algunas ocasiones, puede ser conveniente que se

- lo diga en segunda persona (por ejemplo, *venga, ahora has de acercarte a la puerta, tú te quedas aquí*).
5. El terapeuta debe:
 - Hacer notar que dicha complicación es inofensiva, explicando la razón natural de que ocurra así (por ejemplo, el crujir normal de algunos muebles que se escucha en el silencio).
 - Si lo anterior no es suficiente para reducir la ansiedad, se puede entrenar al sujeto en autoinstrucciones.
 6. Si es imposible contar con una persona del entorno del sujeto que haga la función de coterapeuta, se puede entrenar a otro terapeuta o el propio terapeuta acompañará al sujeto en la realización de los pasos. En el caso de ser imposible lo anterior, el sujeto realizará los ítems solo, proporcionándole el terapeuta estrategias de afrontamiento (por ejemplo, autoinstrucciones) y de supervisión (por ejemplo, llamada de teléfono ante cualquier problema).

Características del terapeuta

- Tener capacidad para seleccionar la conducta terminal que debe ser incrementada. Por ejemplo, en el miedo al agua, nadar en aguas profundas o sumergir la cabeza.
- Tener capacidad para seleccionar reforzadores apropiados.
- Tener capacidad para elaborar el plan inicial de aproximaciones graduales a la conducta terminal.
- Tener capacidad para poner en práctica el plan, en dos sentidos:
 - Instigando al sujeto para que realice las conductas temidas.
 - Reforzando adecuadamente la realización de cada paso mediante la aprobación verbal, apoyo y retroalimentación de refuerzo al cliente.
- Estar disponible para intervenir si se presenta algún problema, debiendo asegurarse de que el cliente se da cuenta de ello claramente.

Características del cliente

- Ha de seguir con atención las instrucciones dadas por el terapeuta para la realización de los ítems o pasos de la jerarquía.
- Ha de confiar en el coterapeuta.
- En su aplicación sobre sujetos adultos, éstos deben tener capacidad de autocontrol para poner en práctica las estrategias de afrontamiento necesarias y para autorreforzarse cuando sea pertinente.

Ámbitos de aplicación

- Problemas de miedos en niños (miedo a la oscuridad, a animales, al cuarto de baño, etc.), especialmente en fobias y rituales compulsivos. En ocasiones, se combina con el modelado (por ejemplo, en niños autistas).
- En combinación con la economía de fichas (véase apartado 3.4), para la fobia escolar.
- En adultos con retraso mental, se utiliza en combinación con el modelado para tratar el miedo a participar en las actividades sociales.
- En fobias en general, y particularmente en la agorafobia y el miedo a las alturas.

- Cuando se utiliza sobre sujetos adultos, este procedimiento puede resultar especialmente útil cuando existan pensamientos negativos inhibitorios (por ejemplo, *no puedo hacerlo*) que estén interfiriendo con las conductas de afrontamiento a la situación temida, y que por tanto hacen aconsejable el uso de pasos de aproximación + autorrefuerzo.

Caso ilustrativo

Se trata de un varón soltero de 20 años. Es estudiante de tercer curso de carrera. Vive con sus padres, una hermana de 18 años y un abuelo. Su nivel socioeconómico es medio-alto.

El cliente se queja de un grave problema de insomnio, ya que, según manifiesta, tarda una media diaria de 2 a 3 horas en dormirse. También presenta miedo a estar solo en casa y a la oscuridad en la misma. Dice necesitar acostarse con alguien para poder dormirse, por lo que en el momento de acudir a consulta duerme uniendo su cama a la de la hermana. A continuación, se expone la parte de la intervención centrada en las conductas de evitación para pasear por casa a oscuras.

Los autorregistros indican que sólo se enfrenta a las situaciones temidas cuando toda la familia duerme y debe ir al cuarto de baño o a la cocina a beber agua. El resto de las situaciones son evitadas. Cuando el sujeto ha de exponerse a las situaciones temidas presenta el siguiente patrón de respuestas:

- Respuesta cognitiva: se imagina *algo no humano, que reptá, utiliza mucho espacio y no me deja otra salida más que entrar en mi habitación para no ser atrapado*. El cliente reconoce, no obstante, la irracionalidad de su miedo.
- Respuesta motora: acelera el paso y en ocasiones llega a la huida, al salir corriendo hacia la habitación.
- Respuesta fisiológica: sudoración, escalofríos.

El objetivo de la intervención es, pues, que el cliente pueda pasear a oscuras, y permanecer solo en casa sin sentir ansiedad. Se decide aplicar la técnica de *Aproximaciones sucesivas* con el objetivo de que el sujeto lleve a cabo una exposición gradual a la oscuridad en vivo. La hipótesis básica en la que se basa la selección de esta técnica consiste en que, exponiéndose gradualmente a las situaciones temidas, disminuirán las reacciones fisiológicas de ansiedad.

Aplicación de la técnica

Primer paso: elaboración de una jerarquía

Se elaboró una jerarquía de los lugares de la casa, organizados desde los que le generan menor ansiedad a los que le producen una mayor ansiedad cuando pasea solo a oscuras. Para la elaboración de la misma se le pidió al cliente que llevara un plano de la casa.

Segundo paso: aproximación ante cada uno de los ítems de la jerarquía en vivo

T: *Me gustaría saber cuánto puedes caminar en la oscuridad sin ansiedad indebida. Sabemos que la práctica repetida en una situación estructurada frecuentemente lleva al progreso.*

Para la aproximación gradual a cada ítem de la jerarquía, se siguieron las siguientes fases:

LUGARES DE LA CASA	GRADO DE ANSIEDAD (0 a 10)
En el pasillo	7-8,5
Entre el pasillo y la cocina	7
Entre el pasillo y el cuarto de baño	6-7
Entre el pasillo y el comedor	5
En el comedor o la cocina	4

- Fase 1) Ir al comedor. Se le pedía que se dirigiera al comedor para saludar a la hermana, manteniendo apagada la luz del dormitorio.
 - Fase 2) Ir a la cocina.
 - Fase 3) Ir todas las noches al cuarto de baño, manteniendo encendida la luz del dormitorio.
 - Fase 4) Ir al cuarto de baño, manteniendo apagada la luz del dormitorio.
- (...)

Una vez que el cliente iba superando más de un objetivo (es decir, los afrontaba sin experimentar ningún nivel de ansiedad), se le pedía la combinación de los mismos; por ejemplo, ir primero al cuarto de baño y a continuación a la cocina, y a la semana siguiente en el sentido contrario, constituyéndose así en nuevos objetivos de afrontamiento.

Tercer paso: reforzamiento de cada ítem o paso conseguido

Debido a la edad del sujeto, el refuerzo externo se sustituye por el entrenamiento en la emisión de *autorrefuerzo* tras la consecución de cada objetivo de aproximación. Junto al autorrefuerzo debía analizar por qué le había ido bien o mal la realización de la tarea (retroalimentación). En los casos en que tras exponerse a la situación no disminuía realmente la ansiedad, se le pedía que se reforzara al menos por haberlo intentado.

Ejemplo de autorrefuerzo:

- *Todo salió bien. Me autorrefuerzo.*
- *Cada vez controlo más partes de la casa.*

Estas frases de autorrefuerzo se las decía el cliente tras llevar a cabo cada una de las fases de aproximación descritas en el apartado anterior.

Problemas surgidos en la aplicación de la técnica

Sólo se encontró un elemento inesperado: las situaciones programadas de aproximación generaban niveles de ansiedad elevados al cliente cuando se producía un ruido. Para esos casos se utilizó la estrategia (4) señalada en el apartado «Estrategias de solución». En concreto, fue necesario entrenar al sujeto en la emisión de autoinstrucciones tranquilizadoras para que actuaran como estrategias de afrontamiento en esas situaciones que ocurrían de forma inesperada. Así, se elaboraron en colaboración con el sujeto las siguientes:

- *Voy tranquilo, no pasa nada.*
- *No pasa absolutamente nada.*
- *No hay nada ni nadie que me pueda intimidar.*
- *Lo voy consiguiendo.*

Por último, debido a que se esperaba que la aproximación a los ítems de la jerarquía, utilizando los pasos expuestos, sirviera para disminuir la ansiedad, se diseñó el *auto-registro terapéutico* que aparece a continuación. Éste sirve para mostrar al cliente la utilidad de las estrategias que utiliza.

DÍA / HORA	SITUACIÓN LUGAR	ANSIEDAD (1 a 10)	ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	ANSIEDAD FINAL
------------	--------------------	----------------------	-----------------------------	-------------------

Tal como se esperaba, el cliente comprobó que la ansiedad disminuía conforme iba realizando la aproximación ante las situaciones contempladas en la jerarquía.

4.4. PREVENCIÓN DE RESPUESTA

Definición

Consiste en exponer al sujeto a aquellos estímulos que provocan las compulsiones o rituales pero sin permitirle su ejecución, al objeto de que se produzca una habituación a los niveles de ansiedad hasta su desaparición. De este modo, el objetivo primordial de la prevención de respuestas es lograr la extinción de los componentes motores de la respuesta de ansiedad.

Pasos para su aplicación

1. Establecimiento de una primera línea base (A) con objeto de especificar de forma precisa las conductas de evitación a modificar (rituales), identificando su duración y frecuencia así como los estímulos que las evocan.
2. Dotar al sujeto, en términos de los principios básicos del aprendizaje, de una explicación en torno al porqué de su problema (haciendo especial hincapié en el papel de la evitación y de la habituación).
3. Establecer una jerarquía de los rituales en función del grado de ansiedad al que se asocian, del tiempo en que se vienen produciendo y de su frecuencia y duración.
4. Establecimiento de una segunda línea base (B): solicitar al sujeto durante un tiempo determinado (normalmente unos siete días) que trate de controlar la ejecución de los rituales, intentando reducir los mismos. Esto permite una valoración de la capacidad de autocontrol del cliente, lo que resulta fundamental para la aplicación de esta técnica.
5. Exposición gradual a situaciones reales, de acuerdo a la jerarquía establecida, en las que estén presentes los estímulos temidos impidiendo que se produzca la respuesta de evitación e intentando que disminuya al máximo el nivel de ansiedad. Las exposiciones deben hacerse de forma jerarquizada y en vivo, de acuerdo al nivel de ansiedad y al grado de autocontrol del sujeto, aumentando progresivamente el tiempo de ejecución del ritual. No obstante, en ocasiones la prevención de respuestas puede no ser gradual sino total, es decir el sujeto se expone a la situación sin que ésta se haya jerarquizado. Esta modalidad suele utilizarse cuando el nivel de ansiedad es poco

elevado. Asimismo, cuando sea muy elevado, es posible el uso de la prevención de respuestas en imaginación, en un primer momento, como paso previo a una exposición en vivo.

En cualquier caso, el cliente debe ser reforzado por el terapeuta (mediante refuerzos verbales) cada vez que consiga un logro, al objeto de mantener un alto nivel de motivación.

6. Establecer actividades que resulten reforzantes para el sujeto y que tal vez ha dejado de realizar o no ha realizado nunca debido a su problema.
7. En algunos casos será necesario intervenir terapéuticamente, mediante instrucciones muy precisas, para evitar que sujetos que forman parte del medio habitual del cliente (cónyuge, familiares...) contribuyan al mantenimiento de los rituales.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El sujeto no puede reducir espontáneamente los rituales.
2. El cliente no realiza las tareas. Esto puede deberse a que las tareas no fueron lo suficientemente explícitas o a que supongan un nivel de ansiedad demasiado elevado para el sujeto.
3. Los familiares o individuos que forman parte del medio habitual del cliente no siguen las instrucciones terapéuticas.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Revisar cuál era su objetivo ante la tarea, intentando establecer si lo que ha ocurrido es que ha pretendido reducir rituales de gran frecuencia y elevado nivel de ansiedad. En ese caso, explicar las dificultades propias de su conducta-problema y establecer instrucciones precisas acerca de qué debe hacer. En caso de que el problema fuese otro, como la falta de autocontrol para seguir las instrucciones terapéuticas, se puede instigar a su realización mediante el uso de otras técnicas terapéuticas, como la economía de fichas o el coste de respuesta (véanse apartados 3.4 y 3.5).
2. En caso de que las tareas no fuesen lo suficientemente explícitas, el terapeuta deberá operativizar al máximo las mismas aportando por escrito, si fuese necesario, las instrucciones y facilitando modelos de autorregistro pertinentes.
Si el problema radicase en un elevado nivel de ansiedad, entonces se deberá revisar la jerarquía construida y, concretamente, la combinación correcta de los parámetros considerados (frecuencia, duración, intensidad y temporalidad del ritual). Asimismo, es conveniente no solicitar demasiadas tareas a un mismo tiempo, lo que no haría sino aumentar la ansiedad del cliente desmotivándole para la terapia.
3. En este supuesto sería necesario explicarles por qué el cliente se comporta como lo hace y qué está manteniendo su comportamiento. Así, se les explicaría el problema, al igual que se hace con el sujeto implicado, en términos de los principios básicos de aprendizaje. Del mismo modo, tal y como se señaló en la segunda de las estrategias, se les facilitarán las instrucciones por escrito, si fuese necesario, detallando qué deben hacer en cada momento y cómo hacerlo.

Características del terapeuta

- Es primordial tener un buen conocimiento de la patología obsesivo-compulsiva. De otro modo se podría llegar a favorecer o potenciar la aparición de nuevos rituales o a desmotivar al sujeto por el elevado grado de ansiedad que podrían llegar a provocarle las instrucciones terapéuticas.
- Ha de ser muy directivo al objeto de controlar en todo momento la realización de tareas así como el seguimiento de las instrucciones terapéuticas (no sólo en el caso del cliente sino también en el de sus familiares o el cónyuge).
- Es importante que tenga un buen manejo en la construcción de jerarquías, al objeto de controlar de forma correcta los diversos parámetros a considerar para cada ritual.
- Debe saber combinar apropiadamente la instigación y la persuasión con el refuerzo.

Características del cliente

- Sería deseable que tuviese una cierta capacidad de autocontrol.
- Es importante que posea una elevada motivación para el tratamiento.

Ámbitos de aplicación

La Prevención de respuesta se ha aplicado, fundamentalmente, para el tratamiento de sujetos con problemas obsesivo-compulsivos, donde los rituales que ejecuta el sujeto van dirigidos a reducir la ansiedad, si bien, en ocasiones, se ha utilizado como una técnica más dentro de un paquete terapéutico dirigido al tratamiento de determinadas fobias (por ejemplo, agorafobia).

Caso ilustrativo

Se trata de una niña de 13 años, estudiante de séptimo curso de Enseñanza General Básica. Vive con su madre de 48 años, dedicada a sus labores, y cuatro hermanos (una mujer de 22 años y tres varones de 27, 26 y 20 años respectivamente). Los padres se separaron cuando la niña contaba dos años y medio, aunque ésta mantiene contacto con el padre durante los fines de semana. La madre solicita atención psicológica para la niña, porque señala que es «muy maniática» y nerviosa.

Con objeto de obtener una información detallada acerca de la naturaleza del problema, se realizó una primera entrevista con la madre. En la misma, se rastrean los procesos de desarrollo evolutivo de la niña (embarazo, parto, dentición, psicomotricidad, etc.), sin que pueda destacarse nada anormal, y se intenta operacionalizar la definición de «maniática».

A este respecto, la madre comenta que observa que la niña realiza frecuentemente una serie de conductas (pasar las manos varias veces por la cortina o el sofá del salón de la casa, entrar y salir varias veces del cuarto de baño, abrir y cerrar la puerta de su dormitorio antes de entrar, quitarse y ponerse varias veces las gafas que usaba, y quejarse del ruido que hacen los demás cuando comen o de la música que ponen) que habían aparecido hacía, aproximadamente, unos cinco o seis meses y que ahora se habían incrementado en frecuencia.

En una segunda sesión, se mantiene una entrevista a solas con la niña con objeto de precisar cómo percibe el problema, si la perturba y si tiene motivación para resolverlo.

La niña confirma la información de su madre, indicando que *tiene que hacer cosas porque si no se pone nerviosa y pueden ocurrir cosas malas*. En el intento de operacionalizar la conducta-problema, indica que tiene que meter y sacar varias veces los lápices del estuche, los folios de la carpeta, tocar la cortina del salón de casa, tocar el sofá, entrar y salir del baño varias veces, quitar y ponerse las gafas varias veces, abrir y cerrar varias veces la puerta de su dormitorio antes de entrar o meterse y levantarse varias veces de la cama.

Cuando se le pregunta acerca de esas «cosas malas» que le pueden ocurrir, comenta que si no hace esas «manías» se pone muy nerviosa porque comienza a pensar que se parecerá a una niña «fea y cochina» que hay en su clase, aunque señala que sabe que esto es «una tontería», pero no puede «parar de pensarlo».

Primer paso: establecimiento de una primera línea base

El primer objetivo fue el establecimiento de la línea base de las conductas realizadas por la niña al objeto de conocer con la mayor exactitud posible el tipo de conductas que llevaba a cabo, la frecuencia de las mismas, las circunstancias en que se producían y el tipo de pensamientos que las acompañaban. Para ello se le solicitó que completase un registro durante un período de siete días, muestreados de un total de quince, de acuerdo al modelo recogido a continuación.

Autoregistro (línea base A)

HORA	¿DÓNDE ESTOY?	¿CON QUIÉN ESTOY?	¿QUÉ HAGO? ¿CUÁNTAS VECES LO HAGO?	¿QUÉ ESTOY PENSANDO?
------	---------------	-------------------	---------------------------------------	----------------------

Tras los siete días registrados, se comprueba que, efectivamente, repite con elevada frecuencia una serie de conductas:

- Tocar y pasar la mano por diversos objetos (una cortina, el sofá, una mesa): una media de 50 veces al día, no existiendo una variación considerable entre tocar un objeto u otro. Este tipo de conductas suele darse en su casa, cuando está sola (leyendo, escuchando música, viendo la televisión) o cuando está acompañada por su familia en un rato de ocio (por ejemplo, en la sobremesa, o por las noches después de cenar).
- Tocar a alguien (a su madre, a un hermano) o a sí misma (pasarse la mano por su cabello o por su nariz): una media de 70 veces diarias, siendo la más frecuente la conducta de tocarse el cabello. Estos comportamientos se dan en situaciones similares a las señaladas en el caso anterior o cuando está en la calle o en casa de algún familiar (tíos o abuelos).
- Entrar y salir varias veces de algún sitio (cuarto de baño, dormitorio); meterse y salirse de la cama varias veces antes de acostarse definitivamente: sólo se manifiestan estas conductas cuando debe ir al baño en su domicilio, cuando realmente debe entrar en su dormitorio o cuando se va a acostar por las noches para dormir. En estos casos, la conducta se repite una media de 1,5 veces en cada ocasión (es decir, se mete y sale de la cama dos o tres veces cada noche o entra y sale dos o tres veces del cuarto de aseo cada vez que necesita usarlo).

- Ponerse y quitarse varias veces las gafas: una media de 20 veces diarias. Esta conducta se repite en su casa, y fuera de ella, en cualquiera de las situaciones descritas, así como en el colegio, mientras está en el aula.
- Meter y sacar varias veces los lápices, los bolígrafos o la goma de borrar del estuche, o los folios de una carpeta: una media de 1,5 veces, cada vez que necesita alguno de estos objetos. Estas conductas se producen cuando está en clase o cuando está en casa realizando sus tareas escolares.

En todos los casos, el pensamiento que acompaña a estas conductas es el de parecerse a una niña «fea, cochina y torpe» que hay en su clase. Señala que cada vez que esta idea le viene a la cabeza se pone muy nerviosa y entonces «tiene» que hacer algo de lo señalado anteriormente, después de lo cual se siente más tranquila.

Segundo paso: dotar al sujeto de una explicación en torno al porqué de su problema

Una vez establecida la línea base A, y ante la seguridad de que se trataba de un problema de rituales compulsivos, se procedió a explicar a la niña qué estaba ocurriendo, por qué ocurría y qué podía hacerse, de acuerdo a un modelo similar al extracto que sigue a continuación.

T: *A veces ocurren cosas reales que hacen que surjan pensamientos que uno no puede evitar. En tu caso, hay una niña en tu clase a quien no te gustaría parecerle. Pero como esa idea te preocupa mucho, la única manera que has aprendido para tranquilizarte es haciendo determinadas cosas, que son las que has apuntado en estos papeles. Tú ya sabes que tu idea es absurda, pero no puedes evitarlo, ¿no?*

C: *Sí, y me pongo muy nerviosa si no hago las manías.*

T: *Exacto. Pero entonces el problema está en que te pones nerviosa si no haces las manías, porque tú ya sabes que nadie se puede parecer a otra persona, así, de pronto. Por eso, con lo que vamos a trabajar es con esas cosas que tienes que hacer.*

Imagínate que cada vez que llegases al colegio diez minutos antes de la hora te hicieran un regalo valioso. ¿Crees que procurarías llegar antes al colegio?

C (riéndose): *¡Claro!*

T: *Ya. Eso al final tendría la consecuencia de que llegases siempre pronto al colegio, para así recibir un regalo. Habrías aprendido que llegando antes al «cole» te dan un regalo. Pues algo parecido te pasa con esas manías. Cada vez que piensas en la niña que te pone tan nerviosa, tienes que hacer alguna cosa para que te sientas mejor. O sea, que has aprendido a sentirte mejor haciendo determinadas cosas. Eso supone al final que cada vez vayas haciendo más manías. Por eso, lo que vamos a intentar controlar son las manías que haces. Para eso, te voy a ir pidiendo que hagas una serie de tareas, como si fuesen una especie de «deberes» muy sencillos, que te iré explicando cada vez.*

Asimismo, se le explicó a la madre por qué su hija realizaba ese tipo de rituales. Se le dio una información muy general y básica acerca de cómo se mantenía la conducta problema, y se solicitó su colaboración en el proceso terapéutico a seguir.

Tercer paso: establecimiento de una jerarquía de rituales

Al objeto de que la cliente se expusiese a la no realización de los diversos rituales que ejecutaba, se procedió a jerarquizar los mismos. Para ello se elaboró un formato en

el que se recogía el ritual y el grado de ansiedad (de 0 a 100) que creía que experimentaría si no realizaba el ritual, así como la frecuencia de cada uno, quedando establecida como sigue.

Jerarquía de rituales

RITUAL	MEDIA DE LA FRECUENCIA DIARIA	ANSIEDAD EXPERIMENTADA
Ponerse y quitarse las gafas	20	50
Entrar y salir del baño	1,5 veces (una media de cuatro veces diarias)	70
Meterse y salir de la cama	1,5 veces (una vez al día)	70
Entrar y salir del dormitorio	1,5 veces (cada vez que tiene que entrar al mismo)	70
Meter y sacar objetos de su estuche escolar	1,5 veces (cada vez que tiene que usarlo)	70
Tocar el sofá	50	80
Tocar la cortina del salón	50	80
Tocar la mesa del comedor	50	80
Tocarse el cabello	70	90
Tocar a su madre	70	100

Cuarto paso: establecimiento de una segunda línea base

Al objeto de conocer el grado de autocontrol de la cliente, se le solicitó que completase un segundo autorregistro, durante un total de siete días, de acuerdo al modelo que se presenta a continuación.

Autorregistro (línea base B)

HORA	¿DÓNDE ESTOY?	¿CON QUIÉN ESTOY?	¿QUÉ HE CONSEGUIDO NO HACER?	¿CÓMO LO HE CONSEGUIDO?

Se le facilitaron las instrucciones por escrito, señalándole claramente que tan sólo debía intentar controlar la frecuencia de las cosas que hacía, en especial aquellas que le resultasen más fáciles porque las hiciese menos veces al día.

Los resultados del autorregistro indicaban, efectivamente, una disminución de la frecuencia de algunos rituales. Así, había disminuido el número de veces que se ponía y quitaba las gafas, las veces que entraba y salía del aseo o de su cama, y la frecuencia con que metía y sacaba los diversos objetos escolares de su estuche. La forma en que lo había conseguido era diciéndose a sí misma *no lo voy a hacer*, tras lo cual comenzaba a contar números hasta que se tranquilizaba.

La terapeuta reforzó socialmente su intento de autocontrol y le hizo ver la importancia que tenía para conseguir solucionar su problema.

Quinto y sexto pasos: exposición a situaciones reales y establecimiento de actividades reforzantes

Una vez comprobado que la niña poseía un cierto grado de autocontrol, y establecida la jerarquía de exposición, el siguiente objetivo era lograr disminuir la ejecución de los rituales. Para ello se establecieron una serie de tareas semanales al objeto de que fuera superando paulatinamente la urgencia de realizar los rituales.

Se comenzó con el primero de los contemplados en la jerarquía (ponerse y quitarse las gafas) y se la instruyó para que, cada vez que sintiese la necesidad de hacerlo, distrajese su atención (por ejemplo, contando números como había hecho en la línea base B), lo que facilita la prevención de respuesta. A medida que iba consiguiendo controlar un ritual, se pasaba al siguiente, y así sucesivamente.

Asimismo, se instruyó a la madre para que, a partir de este momento, no se hiciese en casa ningún tipo de comentario acerca de las «manías» de la niña.

Finalmente, al objeto de mantener el nivel de motivación de la cliente, se estableció un sistema de economía de fichas (véase apartado 3.4) de modo que ante cada logro (ritual controlado) obtuviese un refuerzo, de acuerdo a un listado que se estableció con el consentimiento previo de la madre.

4.5. INTENCIÓN PARADÓJICA

Definición

Básicamente, la técnica parte del planteamiento de que el cliente intente llevar a cabo aquellas conductas que son, precisamente, las que está evitando por la ansiedad que le producen. Así, el objetivo es sorprender al sujeto, no sólo a través de la falta de control de determinada conducta-problema, sino por cuanto que los objetivos de la intervención son contrarios a sus expectativas. Consiguientemente, la técnica se sustenta sobre el principio de la incompatibilidad, en tanto que anima al sujeto a hacer lo contrario de lo que hasta ahora ha venido realizando ante el problema.

Puede utilizarse dentro de un paquete multicomponente como una técnica encaminada a mejorar la cooperación del paciente en el proceso terapéutico.

Pasos para su aplicación

1. Puesto que el cliente debe renunciar al control sobre su ansiedad y aumentar los resultados que atribuye a aquélla, es importante facilitar al sujeto una explicación exhaustiva de la dinámica del problema (qué está ocurriendo y qué lo mantiene):
 - Racionalizando la visión cognitiva que el cliente tiene sobre su problema.
 - Analizando las soluciones que el cliente pone en marcha, haciéndole ver que se trata de soluciones que no han resultado ser eficaces hasta el momento.
2. Reformular el problema y prescribir el síntoma. Hacer ver al cliente que lo que debe cambiarse es la solución ante el problema y no el síntoma.
3. Establecimiento de instrucciones muy específicas y estructuradas respecto a qué debe

hacer el cliente en cada momento, en función del problema de que se trate. De este modo, debe secuenciarse la ocurrencia de los síntomas del cliente para que pueda ejecutarlos de forma sistemática y específica.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Si no se logra neutralizar la ansiedad asociada a la pérdida de control y a sus consecuencias, se seguirán manteniendo las conductas de evitación.
2. Falta de adherencia a las prescripciones terapéuticas ante el choque que puede suponer para el cliente el modo de afrontamiento del problema.
3. En algunos casos, si no se acompaña de otras técnicas, puede disminuir su eficacia, especialmente cuando las conductas motoras y fisiológicas tengan un papel igual de predominante que las cognitivas.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Es útil enfocar el problema y su solución bajo un modelo de solución de problemas (véase apartado 6.1) donde se refleje la ineficacia de las conductas que hasta ahora se han puesto en marcha en el intento de dar una solución a la situación problemática.
2. Asegurar el perfecto entendimiento del problema y de las causas del mantenimiento del mismo por parte del cliente. No obstante, si la ansiedad es excesivamente elevada, debiera buscarse una técnica alternativa.
3. Uso del control estimular (véase apartado 3.3) y de estrategias de relajación como apoyo a la técnica.

Características del cliente

- El cliente debe poseer un cierto nivel en su capacidad de razonamiento y entendimiento, considerando que la aplicación de la técnica se basa, en buena medida, en la realización de análisis racionales acerca del problema y su mantenimiento.

Características del terapeuta

- Rapidez de razonamiento y habilidad en terapias con enfoque cognitivo.

Ámbitos de aplicación

- Puede ser especialmente útil para aquellos clientes en los que la conducta-problema se caracteriza por una ansiedad recurrente, donde las cogniciones centradas en las consecuencias de sus reacciones de temor (por ejemplo, pérdida de control) juegan un papel predominante (frente a síntomas motores o fisiológicos) en el mantenimiento de la conducta-problema.
- Casos en los que las cogniciones respecto a las consecuencias del problema tienen un claro componente de evaluación social negativa, con una visión poco realista respecto a las opiniones de los demás, propensión hacia la baja autoestima y pobre auto-concepto.
- Casos en los que los sujetos hacen enormes esfuerzos por superar su problema y este

hecho va asociado a una ansiedad considerable sobre las consecuencias de la conducta-problema.

- Se ha aplicado frecuentemente en problemas de insomnio, agorafobia, miedo a hablar en público, obsesiones y disfunciones sexuales. En líneas generales, en problemas donde la ansiedad recurrente («miedo al miedo») juegue un papel predominante.

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 35 años, soltera, médico de profesión, que desarrolla su labor en un centro médico (ambulatorio) y que vive sola. Acude a consulta presentando dos problemas: sobrepeso e insomnio de mantenimiento.

El problema del insomnio venía manteniéndose desde hacía cuatro años aproximadamente, sin que la paciente pudiese encontrar una explicación de por qué se había iniciado entonces, puesto que no coincidía con ningún acontecimiento especialmente relevante acaecido por aquella época.

La evaluación se realizó mediante una entrevista estructurada, dirigida a conocer aspectos relacionados con la higiene del sueño de la paciente (desde su infancia), la posible existencia de activación emocional y/o cognitiva durante el día y al despertar, estilo de vida, somnolencia diurna, tratamientos seguidos, medicación consumida y su percepción subjetiva sobre el problema. Asimismo, se solicitó que completara un autorregistro diario de sueño durante siete noches muestreadas al azar de un total de 15, donde se recogían los aspectos indicados a continuación.

Autorregistro diario de sueño

DÍA	TOMA DE MEDICACIÓN	HORA DE ACOSTARSE	LATENCIA DE SUEÑO	Nº DE VECES QUE SE DESPIERTA	TIEMPO QUE TARDA EN DORMIRSE UNA VEZ DESPIERTA	HORA EN QUE SE DESPIERTA Y SE LEVANTA DEFINITIVAMENTE	CUÁNTO TIEMPO HA DORMIDO DURANTE EL DÍA
7	Sí (1 Dormodor)	21.20	10 minutos aprox.	1	65 minutos aprox.	5.10	Nada

El análisis topográfico de la conducta-problema indicaba que solía acostarse alrededor de las 21.30 horas y se levantaba entre las 5.00-5.30 horas, lo que suponía una media de siete a ocho horas diarias de permanencia en cama. Asimismo, la media para quedarse dormida era de 13 minutos; solía despertarse una vez durante la noche (sobre las dos de la madrugada) en una frecuencia de cuatro veces a la semana, y no podía volver a dormirse hasta pasadas una hora u hora y treinta minutos. Tan sólo un día, de los siete registrados había «dado una cabezada» durante el día (de unos 15 minutos aproximadamente) en el sillón de su casa viendo la T.V. por la tarde.

La evaluación mediante entrevista indicaba que:

- No había padecido nunca problemas de sueño relevantes.
- No fumaba y tan sólo consumía bebidas alcohólicas o excitantes muy ocasionalmente. Tomaba dos cafés diarios (durante la mañana) con mucha leche.

- En la actualidad consumía Dormodor por autoprescripción todas las noches, tomando la medicación media hora antes de acostarse. No había recibido ningún tipo de tratamiento psicológico nunca.
- Llevaba una vida muy ordenada (con un ritmo muy establecido y regular para todas las actividades: horas de comida, limpieza del hogar, horas de trabajo).
- No utilizaba su dormitorio ni la cama para algo distinto que no fuese dormir.
- Manifestaba que cuando se acostaba solía pensar si se despertaría o no por la noche.
- Solía levantarse cansada (con sensación de haber dormido mal) y, a medida que transcurría el día, se iba sintiendo mejor.

El análisis funcional no detectó antecedentes mediatos ni inmediatos al problema del insomnio de mantenimiento. Sin embargo, se observaba que cada vez que se despertaba comenzaba a sentirse nerviosa, daba vueltas en la cama, intentaba dormirse y, a medida que iba pasando el tiempo, su ansiedad aumentaba. Esta respuesta de ansiedad se caracterizaba del siguiente modo:

- A nivel cognitivo: acudían pensamientos a su cabeza del tipo: *otra noche más, esto es desesperante, por qué me tiene que pasar a mí esto, a ver si consigo dormirme pronto.*
- A nivel motor: daba vueltas en la cama, cambiaba de postura y miraba el despertador con frecuencia.
- A nivel fisiológico: señalaba que le invadía como *una ola de calor*. No se detectan otras respuestas.

Finalmente lograba dormirse, no volviendo a despertarse más hasta que sonaba el despertador a la hora que lo había programado.

Puesto que se trataba de un problema de duración considerable, con elevada frecuencia semanal, no habiéndose detectado problemas de higiene de sueño (uso del dormitorio y/o cama inadecuados, consumo de excitantes, alcohol o cafeína, tabaquismo, etc.) y considerando que el problema fundamental que presentaba era la ansiedad sentida cuando se despertaba y los esfuerzos en vano para volver a dormirse, se optó por el empleo de la técnica de Intención paradójica.

Pasos en la aplicación de la técnica

Primer paso: explicación de la dinámica del problema

En primer lugar, se explicó a la paciente cuál era realmente el problema. Se hizo especial hincapié en que la forma de intentar solucionar su insomnio era realmente lo que estaba causando su ansiedad lo que, inevitablemente le llevaba a aumentar su estado de vigilia, produciéndose un círculo vicioso. Asimismo, se le explicó el papel que estaban jugando sus cogniciones en el mantenimiento de su insomnio (las frases que se decía a sí misma como: *a ver si consigo dormirme pronto*). Finalmente, se le propuso el uso de la intención paradójica y se estableció como objetivo lograr volver a dormirse en poco tiempo (no más de quince minutos) cuando se despertase.

Segundo y tercer pasos: prescribir el síntoma y establecer instrucciones específicas

Respecto a su comportamiento cuando se despertase por la noche, se le indicó que, en el caso en que se desvelase y comenzara a ponerse nerviosa, se levantase de la cama y se sentase en una silla de la cocina, intentando permanecer despierta a toda costa, sin controlar, de ningún modo, el tiempo que transcurría. Se hizo especial hincapié en que su objeti-

vo tenía que ser permanecer despierta. De este modo se producía la paradoja de que en vez de plantearse continuamente que debía dormir, su objetivo sería el contrario: intentar no dormirse.

Puesto que estaba tomando medicación, se la instruyó para su retirada gradual, a razón de un cuarto de pastilla por noche. De este modo, en cuatro noches habría dejado de consumir medicación. Asimismo, se le dieron instrucciones precisas sobre qué comportamientos diurnos debía seguir: en principio continuar con su vida, tal y como la llevaba, y no dormir la siesta.

Finalmente, se solicitó que completase un autorregistro al objeto de comprobar de forma fiable cómo iba transcurriendo la puesta en práctica de las instrucciones terapéuticas.

Autorregistro terapéutico

DÍA	HORA DE ACOSTARSE	LATENCIA DE SUEÑO AL ACOSTARSE	N.º DE VECES QUE SE DESPIERTA	QUÉ HIZO AL DESPERTARSE	QUÉ PASÓ DESPUÉS	HORA EN QUE SE DESPIERTA Y SE LEVANTA DEFINITIVAMENTE

La paciente comentó que la primera noche que puso en práctica la técnica se había quedado dormida en la silla. La segunda noche, también se quedó dormida. La tercera noche no se despertó. La cuarta noche se despertó pero decidió no levantarse de la cama, quedándose dormida al poco tiempo y ésta fue la tónica de las noches siguientes.

La fase de intervención se dio por finalizada cuando se logró el objetivo terapéutico establecido: no tardar en volver a dormirse cuando se despertara por las noches.

Capítulo 5

Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés

Alicia E. López, Carmen Rodríguez-Naranjo y Aurora Gavino

5.1. PROGRAMA DE AUTOCONTROL

Definición

El autocontrol consiste en la elaboración de un programa constituido por un conjunto de técnicas que se dirige fundamentalmente a disminuir (o eliminar) aquellas conductas cuyas consecuencias inmediatas son reforzantes, siendo aversivas las demoradas. Por supuesto, las consecuencias demoradas de estas conductas deben ser mucho más aversivas en relación al beneficio de su valor reforzante inmediato (como ocurre, por ejemplo, con la conducta de fumar). Para conseguir este objetivo, se enseñan técnicas de cambio conductual para que algunos componentes de la conducta de la persona controlen otros componentes de su conducta (fundamentalmente mediante la focalización en los antecedentes y consecuentes de estas últimas).

Se constituye en uno de los programas de terapia más utilizados en la actualidad, siendo una de sus características fundamentales el permitir la adaptación individual y específica a cada sujeto al no existir un conjunto de normas fijas para su elaboración.

Pasos para su aplicación

1. Realización de un fuerte compromiso de cambio

- En estos primeros momentos de la terapia, cuando sea necesario facilitar el compromiso de cambio y la motivación por parte del cliente se pueden utilizar dos estrategias complementarias:
- Llevar a cabo un *listado de beneficios* (a medio y largo plazo) que se pretenden conseguir con la terapia, incluyendo los objetivos colaterales (*¿qué crees que puede cambiar a nivel familiar?, ¿y a nivel laboral?, etc.*).
- Elaborar un *listado de las consecuencias* que se derivan de continuar realizando las conductas-problema, y/o de no realizar las que se pretenden implementar (por

ejemplo, en el caso de la excesiva ingesta alimenticia, las consecuencias negativas pueden ser la obesidad y otros riesgos de salud).

- El uso de los *autorregistros* de evaluación sirve además para que el sujeto vaya identificando y concretando las conductas-problema (que habitualmente define en términos vagos: «falta de voluntad», «falta de control»), y se vaya haciendo consciente de las condiciones antecedentes y consecuentes de las mismas. Se va mostrando al sujeto cómo la manipulación de factores previamente no reconocidos puede alterar la conducta. Esta redefinición de las conductas-problema y de las condiciones que las generan debe dirigirse a aumentar la percepción de control que el sujeto tiene sobre el problema y, consecuentemente, a motivarle hacia la terapia.

2. **Planificación ambiental: instrucciones para la realización del control estimular**

Un paso fundamental cuando se planifican programas de autocontrol es identificar los estímulos que controlan inadecuadamente las conductas-problema del individuo. Esto permite preparar el ambiente para facilitar el control de las conductas indeseadas. A continuación, se le dan al sujeto instrucciones para el control activo de los estímulos tanto externos (por ejemplo, que no coma cuando salga fuera de casa, y/o que coma antes de salir para que luego no tenga hambre, que sólo coma en la cocina, etc.; véase apartado 3.3) como internos (por ejemplo, detención de pensamientos; véase apartado 6.2).

3. **Programación conductual: planificación de las conductas a realizar y de sus consecuencias**

- Planificación semanal de los objetivos de cambio, en función de las estrategias de control estimular que se vayan aplicando. Este paso incluye habitualmente una guía activa por parte del terapeuta para ayudar al cliente a realizar cambios conductuales pequeños, pero inmediatos.
- Si es necesario, se modifican las consecuencias que ya recibe la conducta del sujeto en el ambiente natural que actúan incrementándola (por ejemplo, en las conductas adictivas, las recriminaciones familiares).
- En caso de que sea necesario, se realiza un listado de posibles reforzadores para la elaboración del contrato de contingencias semanal entre el cliente y el terapeuta.
- Se elabora el *contrato de contingencias*. Ésta es una técnica fundamental que habitualmente se incluye en esta fase para la asignación de consecuencias (autorrefuerzo o autocastigo) en función de los cambios realizados.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El cliente puede no registrar apropiadamente las conductas objetivo.
2. El cliente puede presentar especiales dificultades para tomar la decisión de ejercer autocontrol sobre su conducta.
3. El cliente presenta ideas erróneas acerca de su problema (por ejemplo, en situaciones de ingesta calórica excesiva, en torno a la alimentación y el peso).
4. El sujeto dispone de muy pocos recursos para ejercer autocontrol desde el principio de la terapia.
5. La conducta que pretendemos disminuir (o eliminar) tiene un valor de refuerzo muy elevado para el sujeto.

6. El ejercicio del autocontrol puede generar una situación aversiva para el sujeto.
7. Existe, en el autocastigo, el peligro de que el sujeto no se lo aplique, que lo haga mal o que le sirva de justificación.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. El terapeuta debe explorar las razones de que no se lleve a cabo dicha tarea. En concreto:
 - El registro continuo, excesivo o de demasiadas conductas concurrentes puede llevar a que falle la autoobservación.
 - Si la causa es la propia falta de autocontrol del cliente, se debe fijar un momento preciso para su cumplimiento y facilitararlo utilizando estrategias de control estimular.
2. En estos casos, puede utilizarse la técnica de solución de problemas (véase apartado 6.1).
3. Se le proporciona información que clarifique sus ideas erróneas (véase apartado 2.2) y retroalimentación, que sirva como prueba de realidad (véase capítulo 7). Así, en el ejemplo de la ingesta calórica excesiva anteriormente expuesto, podría considerarse la utilización de la educación en nutrición, a modo de información, y la retroalimentación calorías/peso mediante autorregistros, a modo de prueba de realidad.
4. En estos casos, pueden no darse al cliente al principio de la terapia instrucciones explícitas dirigidas a que no realice las conductas-problema, de modo que sólo se le pide que aplique las estrategias de control estimular (por ejemplo, que sólo coma en la cocina), lo que hace muy probable que éstas disminuyan.
5. Se aplica sensibilización encubierta (véase apartado 3.8) u otras técnicas aversivas (por ejemplo, descargas eléctricas contingentes).
6. Cuando se pide a los sujetos que no lleven a cabo las conductas-problema, o que aumenten la ocurrencia de las conductas-objetivo, es necesario implantar un sistema en el que reciban reforzadores a cambio de las conductas reforzantes eliminadas.
7. Explicar muy bien la función y condiciones de aplicación del autocastigo, utilizando preferentemente un formato de castigo autoadministrado. Éste favorece en mayor medida una actitud de responsabilidad por parte del propio sujeto hacia el cambio de conducta.

Características del terapeuta

- El terapeuta debe ser directivo, pero a la vez apoyar las estrategias que se le ocurran al sujeto para facilitar que éste asuma la responsabilidad del cambio, es decir, se autoatribuya el cambio.
- El papel del terapeuta es el de ayudar a desarrollar y fortalecer las conductas controladoras. Por ello, debe proporcionar atención especial y reforzamiento social positivo ante la realización de dichas conductas.
- El terapeuta ha de tener capacidad para elaborar estrategias sin que existan normas para ello: se conocen las fases a seguir, pero no el contenido.
- Debe ser hábil para recoger información sobre los estímulos que controlan las conductas-problema y las consecuencias de las mismas.
- Ha de esperar un tiempo para observar los resultados.

Características del cliente

- Al ser una técnica que se aplica el propio sujeto, es necesario que posea suficientes recursos cognitivos para ello.
- Ha de tener una mínima capacidad para controlarse.
- Es necesario que sea posible la planificación de su ambiente.

Ámbitos de aplicación

- Se ha utilizado fundamentalmente en el tratamiento y la prevención de aquellas conductas para las cuales son positivas sus consecuencias inmediatas y aversivas las demoradas. Entre otras, destacan las siguientes:
 - Los trastornos de alimentación, fundamentalmente obesidad y bulimia.
 - Las conductas adictivas, principalmente el tabaquismo, el alcoholismo y las toxicománias.
 - Las desviaciones sexuales, como las parafilias.
 - Los deficientes hábitos de estudio (cuando este tipo de problema de autocontrol ocurre porque la conducta de estudio implica consecuencias aversivas inmediatas, en tanto que las consecuencias potencialmente reforzantes son demoradas).
- En niños con trastornos de hiperactividad que presentan deficiencias de atención.
- Se ha elaborado un programa de terapia de autocontrol para el tratamiento de la depresión (Rehm, 1977).¹ Entre otros, destaca su utilización para el tratamiento de la depresión infantil, en la población geriátrica y en pacientes alcohólicos.
- Para el tratamiento de la excesiva dependencia interpersonal se emplea junto al entrenamiento en solución de problemas (véase apartado 6.1) y los métodos socráticos, con el objetivo de fortalecer la autoimagen y promover la autonomía.
- En combinación con alguna de las técnicas dirigidas a la reducción de ansiedad, se emplea para el tratamiento de algunos problemas de ansiedad condicionada cuando se requiere aumentar el autocontrol del sujeto para realizar las tareas de exposición.
- Algunas de sus estrategias se utilizan para prevenir las recaídas tras la utilización de otros procedimientos terapéuticos, y para el mantenimiento de los resultados. Esto se consigue fundamentalmente mediante la facilitación en el sujeto de un papel más autodirectivo.

Caso ilustrativo

La cliente es una mujer de 19 años que vive con sus padres y dos hermanos. En el momento de acudir a la consulta es el tercer año que realiza el curso de 2.º de BUP. Demanda ser atendida porque «*no se encuentra bien consigo misma*». En bastantes ocasiones pierde el control emocional (aproximadamente 3 veces por semana). Por otra parte, «*no puede parar de comer*», y lo vomita todo. Este problema comenzó tres años antes, cuando se encontraba muy deprimida y no tenía ganas de salir con nadie. Entonces comenzó a comer

1. Rehm, L. P. (1977), «A self-control model of depression», *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

compulsivamente, y a vomitar para controlar el peso. El problema se ha ido agudizando hasta el momento de acudir a consulta.

Se le pidió que rellenara un autorregistro cada vez que ingiriera algún tipo de alimento, en el que debía especificar lo siguiente:

HORA	ALIMENTOS INGERIDOS (Especificar cantidad)	LUGAR Y ACTIVIDAD	COMPañÍA	COMÍ PORQUE...	ESTADO EMOCIONAL ANTES	PENSAMIENTOS DESPUÉS	ESPECIFICAR SI VOMITAS
------	--	-------------------	----------	----------------	------------------------	----------------------	------------------------

Se comprobó que en la casa existían grandes cantidades de alimentos de fácil ingesta (en cuanto a su dificultad de preparación), como embutidos y dulces. Además, cualquier situación era propicia para comer, aumentando al permanecer en casa y cuando tenía el ánimo bajo. Tanto por las mañanas como por las tardes habitualmente permanecía sola en casa, por lo que ingería una gran cantidad de alimentos y los vomitaba, dejaba de comer un poco antes que la madre volviera, y tras el almuerzo y la cena volvía a vomitar. Estas situaciones la calmaban y tranquilizaban.

En función de la información expuesta, se decidió aplicar un programa de *autocontrol* para establecer unos hábitos alimenticios adecuados: eliminar episodios de atracones y vómitos; y hacer 4/5 comidas al día con cantidades adecuadas. Se estableció que el peso apropiado estaba en 48 kilos aproximadamente en función de su edad y estatura.

Aplicación de la técnica

Primer paso: realización de un fuerte compromiso de cambio

- En primer lugar, la cliente elaboró un *listado de beneficios* (en las áreas de estudio, familia, relación social y bienestar emocional) que conseguiría en un plazo determinado (5 meses), y aquellos que conseguiría a largo plazo, si cumplía con los objetivos de la terapia (dejar de vomitar). El listado que elaboró la cliente fue el siguiente:

Estudio y otras actividades:

- Aprobar mi curso.
- Poder concentrarme en clase, en lo que leo y en cualquier otra cosa.
- Me encantaría trabajar.
- Poder hacer cursillos del INEM.
- Poder hacer deporte.

Familia:

- Dejar a un lado las broncas.
- Conseguir que dejen de recriminarme, no sólo en la comida.
- Que confíen un poco más en mí.
- Que me dejen hacer las cosas por mí misma y no estén siempre encima de mí.
- Conseguir que no me estorben, ya que siempre quiero estar sola.
- Estar de mejor humor.

Relación social:

- Conseguir que me apetezca salir y relacionarme con los demás.
- Ganar amigos, conocer gente nueva.

- Ir de viaje en verano.
- No huir y rechazar a los demás.

Relación conmigo misma:

- Aceptarme tal como soy.
- Poder relacionarme con los demás abiertamente dejando a un lado mis complejos.
- Dejar de ser tan insegura, triste e insatisfecha (descontenta).
- Dejar de sentirme sola.
- No deprimirme tan a menudo.
- Aprender a desenvolverme.
- Poder administrarme.
- Preocuparme más por mí y no dejarme de lado.
- Tener más motivaciones.
- No depender de nadie.

Se le pidió también que elaborara una *lista de las consecuencias* que se derivarían de seguir vomitando. Ésta fue la siguiente:

- Engordar si no dejo de comer la cantidad y el tipo de comida que sobra.
- No me aceptaré tal como soy.
- Me quedaré sin amigos si sigo huyendo de la gente.
- Estaré siempre deprimida, insegura.
- Seguiré sin poder concentrarme en cualquier tarea (estudios, clase u otra actividad).
- No tendré ninguna motivación (siempre apática).
- No conseguiré que dejen de recriminarme, ya no sólo en la comida.
- No conoceré gente nueva si sigo sin salir.
- No tendré nunca dinero porque siempre me lo gasto en comida.
- No aprenderé a desenvolverme entre la gente si sigo sola.
- Nunca me apetecerá hacer cualquier actividad (individual o con gente).
- No sacaré nunca mis estudios.

Materiales:

- No podré ir de viaje en verano (al extranjero para estudiar idiomas).
- No me sacaré el carnet de conducir.

Ambas estrategias se llevaron a cabo con objeto de facilitar en la cliente la toma de decisiones y el compromiso de seguir las instrucciones terapéuticas que la llevarían a ejercer autocontrol.

Tal como se pone de manifiesto en la exposición realizada sobre el procedimiento, el uso de los *autorregistros* sirve en este caso no sólo para los propósitos de la evaluación, sino también para que la cliente sea consciente de las condiciones (emocionales) que influyen en su conducta y la llevan a comer; en definitiva, del círculo vicioso que se produce entre estado de ánimo, ingesta excesiva de alimentos y vómito, con el propósito de incrementar su percepción de control sobre el problema. Con objeto de ilustrar lo expuesto, se presenta a continuación un ejemplo de autorregistro elaborado por la cliente:

Ejemplo de autorregistro completado por la cliente

DÍA Y HORA	ALIMENTOS (Tipo y cantidad)	OCASIONES DE VÓMITO	ESTADO EMOCIONAL
Martes, 2 de febrero 14 h	1 zanahoria, un trocito de pan con mahonesa 1 plato de gazpachuelo 1 platito de calamares 1 naranja		
16 h		Intento echarlo pero no consigo echar casi nada	Me encuentro tan apática y tan mal que casi ni me importa
16.15 h	1 bocata de hamburguesa 6 galletas con mantequilla 1 manzana 1 plato de espaguetis 1 huevo duro con pan 1 bocata con el aceite de la hamburguesa	Intento echar algo	Me quedo un poco mejor
A continuación	Sigo comiendo y me hago 1 batido con aguacate y manzana 1 paquete de galletas 1 papilla de fruta naranja, manzana, aguacate, galletas y leche	Lo vomito	Me duele la cabeza pero este dolor lo he tenido durante todo el día
18.30 h	1 palmera 1 barra de pan con aceite 1 paquete de galletas	Me cuesta mucho trabajo. No echo casi nada	
A continuación	1 paquete de kikos 3 gominolas		
Cena	1 plato de patatas con huevo 1 loncha de budín 1 loncha de chorizo 1 loncha de mortadela 1 naranja 1 manzana 1 bolsa grande de revueltos 1 pera	Echo algo pero muy poco	Me voy a la cama sintiéndome fatal porque no he vomitado casi nada

Segundo paso: planificación ambiental: instrucciones para la realización del control estimular

- Con objeto de llevar a cabo el control de estímulos, se planificaron en primer lugar los hábitos de alimentación:
 - Se le proporcionó información e *instrucciones* sobre determinadas cuestiones relacionadas con los alimentos. En particular, con objeto de facilitar la reducción del vómito, se incluía la planificación del tipo y cantidad de comida que se permitiría tomar, de acuerdo a la tabla contigua. Se le proporcionó también una hoja de gastos calóricos y un menú con recetas bajas en calorías.

Instrucciones terapéuticas

● Prepararte tú misma los platos de comida
● No tomar nada entre comidas
● En el desayuno y merienda, no tomar sólo café, sino acompañarlo con 1 pieza de fruta o algún otro alimento equivalente en cantidad
● En el desayuno y la merienda, no tomar alimentos de almuerzo.
● En el almuerzo y la cena, realizar la comida completa y tomar cantidades normales
● No tomar agua durante el almuerzo
● No tomar natillas, yogur, flan, bocadillos ni fiambres*
● Máximo a la semana de chucherías: un caramelo y un revuelto al día. En el desayuno y la merienda, sólo puedes tomar un pastel o una palmera o un donut o su equivalente en bizcocho
● Sólo tomar alimentos que haya que preparar
● Aumentar el tiempo que tardas en comer: <ul style="list-style-type: none"> – Tanto el almuerzo como la cena deben durar al menos media hora – Controlar el tiempo entre bocados – Depositar el cubierto en la mesa hasta que el bocado haya sido deglutido – Interrumpir el almuerzo durante cinco minutos
● En el caso en que decidas vomitar, retrasarlo una o dos horas

- Se dieron también *instrucciones a la madre para que facilitara con su conducta el cumplimiento de lo anterior* por parte de la cliente (por ejemplo, no almacenando en la casa grandes cantidades de comida). No obstante, esto no fue posible debido a sus propias ideas obsesivas en torno a la comida
- En segundo lugar, se le proporcionaron *las instrucciones y el adiestramiento necesarios para que ocupara su tiempo de estudio* de manera que disminuyeran las ocasiones para realizar las conductas-problema. En concreto, se planificó la asistencia diaria al instituto (durante toda la mañana). Para ello, se estableció una hora para levantarse en que debía leer el listado de objetivos de la terapia. Se estableció también un horario (desde las 16.30 horas) y un lugar de estudio fuera de casa lo suficientemente motivante como para facilitar esta conducta-meta. En concreto, se estableció ir a estudiar a la biblioteca, a casa de una amiga o a casa de un tío suyo. Esto se llevó a cabo de forma gradual, incluyendo la realización de actividades que le resultasen agradables en los períodos de descanso (por ejemplo, tomar café, hablar, ver la televisión, salir a despejarse, etc.), controlando que éstas no estuviesen rela-

cionadas o no facilitarán las conductas-problema. Cuando estando en casa en estos intervalos experimentara deseos fuertes de tomar chucherías o comer, se le pedía que hiciera gimnasia. Como ejemplo de planificación semanal del horario de estudio, se encuentra:

● Estudiar 1 hora.
● Descansar 1/2 hora.
● Estudiar 1 hora.
● Descansar 1/2 hora.
● Estudiar 1 hora.

En el modelo de autorregistro que se utilizó para la conducta de estudio la cliente debía indicar:

DÍA	HORA A LA QUE ME PONGO	DESCANSO ¿QUÉ HAGO?	PUNTUAR RENDIMIENTO	HORA A LA QUE ME PONGO	PUNTUAR RENDIMIENTO	¿CÓMO ME ENCUENTRO?
-----	------------------------	---------------------	---------------------	------------------------	---------------------	---------------------

Junto a la planificación del tiempo de estudio, fue necesario entrenarle en las estrategias necesarias para que pudiera llevarlo a cabo adecuadamente; para ello, se le dieron por escrito una serie de consejos y reglas sobre cómo trabajar el material de estudio (véase apartado 2.2). Todo ello en el plan en el que ella había establecido como meta a largo plazo llegar a cursar COU para estudiar una carrera.

- En tercer lugar, se realizó una planificación de actividades reforzantes. Esto se llevó a cabo sobre todo en relación al tiempo libre, diseñando la realización de actividades incompatibles con la comida. En concreto, se planificó con la cliente que saliera al menos un día en el fin de semana con amigas, y se buscaron también otras actividades reforzantes que aparte del estudio pudiera hacer entre semana. En concreto, se estableció el ir a la playa, estudiar idiomas, acudir a un gimnasio, ir al teatro y salir con amigos.

Además de su utilización específica como control de estímulos, estas actividades tenían el objetivo de aumentar el estado de ánimo de la cliente. Por ello, se complementaron con la utilización de los autorregistros de agrado elaborados por Beck, Rush, Shaw y Emery (1983)¹ en su *Terapia cognitiva para la depresión* (véase capítulo 7). En este sentido, fue también necesario a lo largo de la terapia ir reestructurando algunos pensamientos distorsionados que presentaba la cliente sobre su competencia personal (por ejemplo, que no hace nada para «servir para algo»). Por otra parte, se fue comprobando que los reforzadores sociales, como las salidas con amigos, fueron aumentando de valor y, consecuentemente, ello fue mejorando el estado de ánimo

1. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983), *Terapia cognitiva de la depresión*, Desclée de Brouwer, Bilbao.

general de la cliente. Esto se vio favorecido por el tipo de reforzadores que se hacían contingentes con la consecución de metas en la terapia que, tal como se verá más adelante, estaban en bastante medida relacionados con el arreglo físico. Con objeto de ilustrar el nivel de especificación con que se realizaba la planificación de actividades, se presenta el ejemplo correspondiente a la de una semana del segundo mes de tratamiento:

- Miércoles: por la mañana, ir a la playa; por la tarde, preparar el examen en casa de una amiga e ir al gimnasio.
- Jueves: por la mañana, ir a hacer el carnet de identidad; por la tarde, ir a la playa y al gimnasio.
- Viernes: por la mañana, ir a clase al instituto; por la tarde, ir a la playa y al gimnasio.
- Sábado y domingo: asistir a un cursillo.
- Lunes: por la mañana, ir a clase al instituto; por la tarde, estudiar e ir al gimnasio.
- Por último, se entrenó a la cliente en habilidades sociales (véase apartado 5.2), concretamente en asertividad, para responder a las recriminaciones familiares ya que a pesar de disminuir los vómitos éstos no cesaban, facilitando la disminución del ánimo y, por consiguiente, el incremento de la conducta alimenticia y el vómito.

Tercer paso: programación conductual; planificación de las conductas a realizar y de sus consecuencias

- Se planificaron semanalmente los objetivos de cambio, referidos tanto a la disminución de la ingesta calórica como a la disminución también de las ocasiones de vómito.
- En este paso, se llevó a cabo una planificación de las consecuencias que, en el ambiente natural, recibían las conductas-problema:
 - La terapeuta dio indicaciones a la familia para que dejaran de prestar atención hacia el vómito y cesaran en las recriminaciones que habitualmente llevaban a cabo. Y complementariamente, tal como se dijo anteriormente, se llevó a cabo el entrenamiento en las habilidades sociales necesarias para responder de forma asertiva cuando se produjeran dichas recriminaciones. Con este objetivo, se utilizó el siguiente autorregistro:

DÍA Y HORA	SITUACIÓN Y LUGAR	COMPAÑÍA	¿QUÉ HACEN O DICEN?	¿QUÉ HAGO O DIGO YO?	CONSECUENCIAS EN LOS DEMÁS
------------	-------------------	----------	---------------------	----------------------	----------------------------

- Por otra parte, debía indicar en el autorregistro el peso diario con el objetivo terapéutico de que obtuviera retroalimentación de que, si controlaba la alimentación, no era necesario que vomitara para no ganar peso. La comprobación de que disminuyendo la alimentación perdía peso era muy reforzante para la cliente.
- Se realizó un listado de posibles reforzadores para la elaboración del contrato de contingencias semanal entre la cliente y la terapeuta. Se encontró una gran dificultad para la identificación de reforzadores, de actividad o materiales, diferentes de la comida. En el apartado siguiente se recoge el tipo de reforzadores que fueron utili-

zados, relacionados en buena medida con el arreglo físico, con objeto de potenciar el valor de refuerzo de la relación social.

- A continuación, se elaboró un *contrato de contingencias* entre la cliente y la terapeuta en el que se establecían metas graduales para la disminución de la toma de alimentos y la frecuencia del vómito. En éste se especificaban las conductas-meta y los reforzadores que se conseguían.

Debido a la dificultad señalada para obtener reforzadores, se hizo contingente la asignación económica semanal, restringiendo las cantidades concretas en función de los reforzadores que pudiera obtener.

Así, un ejemplo del contrato para una semana, en función del número de días consecutivos sin vomitar, contemplaba los siguientes aspectos:

- Dos días consecutivos sin vomitar: pintura de labios.
- Tres días consecutivos sin vomitar: pintura de labios y un monedero.
- Si no vomitas desde el día de la consulta hasta el siguiente miércoles (cuatro días consecutivos): ir al cine.
- Cada dos medios días sin vomitar, se contabilizarán como un día completo.

Firma de la cliente

Firma de la terapeuta

Ejemplo del contrato para otra semana posterior del tratamiento:

- Dos días consecutivos sin vomitar: unas zapatillas.
- Tres días consecutivos sin vomitar: aceite Johnsons.
- Cuatro días consecutivos sin vomitar: quedar con una coterapeuta que la enseñaría a maquillarse.
- Cinco días consecutivos sin vomitar: dedicar media hora de la sesión terapéutica a aprender a aceptarse a sí misma.

Firma de la cliente

Firma de la terapeuta

Además, se comprobaba que dedicar un tiempo de la sesión a aprender a sentirse mejor consigo misma era un reforzador de gran valor. Por ello, llegó a utilizarse incluso el siguiente autorregistro:

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS
------------	-----------	--------------	--------------

Otros ejemplos de reforzadores que se utilizaron fueron: dinero para chicles y tabaco, pintura de uñas, cinturón, camiseta, bikini, pendientes, gargantilla, anillo, tarro de colonia, actividades (por ejemplo, ir el domingo a la sierra), que la coterapeuta le llevara recetas de comida vegetariana, etc.

Más adelante fue también necesario incluir el autocastigo en el contrato, para lo que se utilizaba el coste de respuesta (véase apartado 3.5). Algunos ejemplos de coste de respuesta en el contrato rezaban como sigue:

- Por cada día que vomites, no sólo no sumas un día más sino que pierdes un día conseguido.

- Si vomitas más de una vez al día, cada vez añadida pierdes, de lo último que hayas conseguido, lo correspondiente a 2 días.

También fue necesario en distintos momentos de la terapia establecer otros criterios adicionales para la obtención de los reforzadores establecidos en el contrato; por ejemplo, que la cliente hiciera las cuatro comidas del día, leyera por la mañana el listado de objetivos y de consecuencias negativas de seguir vomitando, rellenara los autorregistros, etc. Éstos coincidían con las conductas que le suponían una mayor dificultad llevar a cabo.

Por otra parte, se elaboró también un contrato terapéutico entre la cliente y uno de sus hermanos en lo referente a la cantidad de comida ingerida, en el cual se especificaba qué debía hacer este último cuando la cliente cumpliera, y cuando no cumpliera, lo acordado. Por ejemplo, «cuando X va a comer más de la cantidad estipulada en el programa elaborado en colaboración con la terapeuta, el hermano le distrae con otra cosa y le dice que no coma más». Entre otros reforzadores que le proporcionaba el hermano si cumplía lo propuesto, se encontraba el de dedicar un tiempo a hablar con la cliente.

Conforme la terapia fue avanzando, la cliente pasó a elaborar ella misma los contratos.

Es importante señalar que si bien al principio de la terapia se hizo necesario eliminar una serie de alimentos de su dieta para facilitar el control estimular, en cuanto se fue modificando la conducta de la cliente se le permitió tomarlos aunque controlando la cantidad con el objetivo de facilitar el mantenimiento de las ganancias obtenidas con el tratamiento.

La terapia finalizó cuando el vómito se redujo a una media de una ocasión de vómito semanal, manifestando la cliente que no quería hacer desaparecer esa conducta. Se le dio un tiempo para que lo pensara, proporcionándosele la información apropiada en torno a las consecuencias de mantener la conducta-problema. La cliente se reafirmó en la decisión tomada.

5.2. PAQUETE DE TÉCNICAS PARA EL ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES

Definición

La definición de las habilidades sociales continúa siendo actualmente un asunto de controversia y desacuerdo, en tanto que los diversos autores destacan diferentes aspectos como elementos esenciales de la habilidad social. De entre aquéllos, Caballo (1993)¹ propone que, para su conceptualización, se resalte el aspecto referido a la «expresión» de la conducta y que, si bien no se olvide el reforzamiento, éste no sea un requisito imprescindible para definir la conducta socialmente habilidosa.

No obstante, este epígrafe se centrará en el entrenamiento de la habilidad social. A este respecto, Gavino y Godoy (1986)² postulan que la finalidad de todo entrenamiento en habilidades sociales (EHS en adelante) es que el sujeto efectúe adecuadamente las conductas hasta entonces problemáticas, tanto en su parte verbal como no verbal, las mantenga en su repertorio conductual después de la intervención terapéutica y generalice lo aprendido a otras conductas y a otras situaciones no tratadas en el período de entrenamiento.

1. Caballo, V. (1993), *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*, Siglo XXI, Madrid.

2. Gavino, A., y Godoy, A. (1986), *Breve revisión de problemas en comportamientos interpersonales*, EAC, Málaga.

Las técnicas que forman el paquete terapéutico dirigido al EHS se derivan de la teoría del aprendizaje social. Éstas son:

- Instrucciones.
- Ensayo de conducta, para la sustitución de una conducta por otra más apropiada.
- Modelado.
- Retroalimentación (feedback).
- Reforzamiento.
- Tareas para la transferencia del entrenamiento.

Por otra parte, no hay que olvidar que estas técnicas habrán de complementarse con otras cuando la causa de que el individuo no se comporte de forma socialmente adecuada sea la existencia de cogniciones desadaptativas (terapia cognitiva, ver capítulo 7), la ansiedad condicionada, en cuyo caso se realiza habitualmente una combinación de ensayo comportamental y desensibilización sistemática (véase apartado 4.1) u otra causa diferente que requiera una intervención específica.

Pasos para su aplicación

1. **Producción del cambio de actitud favorable hacia la conducta asertiva frente a la pasiva o agresiva.** Este paso se lleva a cabo sólo si la naturaleza del problema que se esté tratando lo requiere. Para ello, se proporciona información y biblioterapia (véanse apartados 2.1 y 2.2).
2. **Elaboración de una jerarquía de las situaciones-objetivo de la intervención.** La selección de las situaciones que van a formar la jerarquía se lleva a cabo utilizando, fundamentalmente, los siguientes criterios o, si es necesario, una combinación de los mismos:
 - Nivel de la habilidad.
 - Nivel de ansiedad.
 - Nivel de malestar emocional.
 - Frecuencia de la evitación (si la hay), la cual puede estar producida por ansiedad, creencias irracionales, etc.
 Estos criterios pueden verse también modulados por necesidades prácticas.
3. **Representación de cada una de las situaciones problemáticas de interacción social (con la ayuda de coterapeutas o, si es en grupo, de otros miembros).** Sobre cada uno de los ítems de la jerarquía elaborada a partir de la evaluación, el terapeuta (o un miembro del grupo) y el cliente representan una situación de interacción social. En ésta, el cliente se representa a sí mismo y el terapeuta (o el otro miembro del grupo) que participa en la representación actúa en el lugar de la persona con quien el cliente tiene el problema de interacción. Se debe poner énfasis en que los clientes observen los detalles de la actuación.
4. **El terapeuta proporciona (o pide al grupo) retroalimentación, estableciendo lo que sería una respuesta apropiada para la situación problemática que se ha representado.** Así, se establecen los aspectos de la conducta representada que deben cambiar.
5. **Se aplica el modelado: bien directo o mediante un intercambio de papeles.** Éste se aplica sólo en aquellos casos en que resulta conveniente ilustrar al sujeto las conductas que debe realizar.
6. **Ensayo de conducta,** en función del paso anterior, realizando una representación mediante juego de roles de la situación sobre la que se centra en ese momento la

intervención. Se formulan, para ello, instrucciones específicas sobre los componentes de la conducta que el sujeto debe cambiar.

7. **El terapeuta (o los restantes miembros del grupo) proporciona retroalimentación (feedback):** información concreta y puntual sobre los aspectos bien realizados y sobre los que todavía se han de mejorar. En este punto, es importante analizar los recursos que se han puesto en práctica durante el ensayo.

El uso de la retroalimentación es fundamental no sólo para perfilar y mejorar la actuación del sujeto, sino también para que éste aprenda a evaluar su actuación independientemente del resultado que obtenga. Este elemento es, pues, importante para fomentar la autorregulación, es decir, el empleo de criterios propios de actuación, disminuyendo así la vulnerabilidad o excesiva dependencia de los demás. En definitiva, la retroalimentación sirve de guía al sujeto para aprender a valorar su propia conducta (autorreforzarse) independientemente de los criterios externos y, por tanto, para incrementar su independencia y autoaceptación.

Los pasos 6 y 7 se repiten las veces que sean necesarias hasta que el sujeto realice la conducta nueva de forma adecuada.

8. **Planificación de las actuaciones fuera del contexto de la terapia.** Mediante las tareas para casa, los clientes practican en el ambiente natural las conductas aprendidas en el contexto terapéutico. Se incluye también la representación mental de la conducta a realizar (sobre todo para las respuestas asertivas).

Tanto las instrucciones como la retroalimentación y las tareas deben ser claras, repetidas, pocas y, siempre que sea posible, darse por escrito. Por otra parte, al ir avanzando en los pasos de la jerarquía, es importante no plantear objetivos muy elevados para maximizar la posibilidad de alcanzarlos.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El cliente no se encuentra motivado hacia el entrenamiento que va a tener lugar.
2. El cliente confunde la respuesta asertiva con la agresiva a pesar de proporcionarle información sobre ello.
3. No querer representar un papel de una situación propia.
4. No querer intervenir en los ensayos.
5. No ponerse en situación («yo diría que...»).
6. Reírse cuando representa.
7. No intervenir en los comentarios sobre una representación.
8. Penalizar.
9. Gesticular negativamente.
10. Decir o hacer algo que supone una actuación inadecuada en la situación de interacción social que se está ensayando (por ejemplo, no comportarse de un modo asertivo), mostrando una actitud negativa hacia las pautas propuestas en consulta.
11. En la generalización de las conductas aprendidas al ambiente natural, el sujeto no identifica las situaciones en que debe ponerlas en práctica.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Se revisan las consecuencias de la actuación que mantiene el sujeto, y las de mantener una conducta socialmente más competente.
2. Se realizan representaciones mediante juego de roles de una y otra opción, enfatizando las diferencias tanto en las características de la conducta como en sus consecuencias.
3. y 4. Una vez explicado y ejemplificado el tratamiento, se puede establecer un contrato en el que se especifica el compromiso de intervenir activamente en los ensayos. No obstante, se puede facilitar la tarea mediante las siguientes estrategias:
 - Empezar con situaciones estándar, no problemáticas en los sujetos.
 - Si se hace en grupo:
 - Empezar con otros clientes, sin su intervención.
 - Introducirlo posteriormente, representando personajes de situaciones planteadas por otros miembros del grupo.
5. Si se hace en grupo: ensayar individualmente con el cliente antes del tratamiento en grupo.
6. No reforzarlo (sea el terapeuta o el grupo). Reforzar cualquier conducta alternativa.
7. Preguntarle directamente y reforzarle tras su intervención. Darle instrucciones por escrito de las variables a observar.
8. Solicitarle expresamente información sobre los aspectos realizados adecuadamente y sobre aquellos que se han de mejorar. Se debe reforzar cualquier intervención positiva.
9. Se introducen comentarios generales sobre gestos incontrolados en la vida diaria. Cuando esto ocurre en grupo:
 - Se piden ejemplos al grupo de situaciones dentro de las sesiones en las que se da esta conducta.
 - Se aplica modelado.
 - Se le facilita retroalimentación (feedback).
 - Se refuerzan los momentos en los que se realiza un gesto adecuado o positivo.
10. El terapeuta, en lugar de entrar en una discusión sobre si la actuación del cliente está bien o mal, o dar directrices sobre cómo ha de comportarse, sólo debe:
 - Mostrar al sujeto las consecuencias de esa actuación (*¿cómo te vas a sentir si lo haces así?, ¿qué va a ocurrir?...*), llevando a cabo el análisis de las mismas para determinar qué conducta es la más adecuada para el sujeto.
 - Si el análisis de las consecuencias no es suficiente, se puede pasar a emplear técnicas del psicodrama (Espejo, Intercambio de papeles). Éstas permiten que el sujeto se vea «desde fuera», estrategia que puede resultar de gran utilidad para producir un cambio de actitud.
11. Mediante el uso de autorregistros, se entrena al sujeto en la discriminación de las situaciones en que debe aplicar las estrategias aprendidas.

Características del terapeuta

- Debe mantener un lenguaje claro y adaptado al sujeto.
- Debe poner ejemplos correspondientes a la vida del cliente.
- Debe poder representar personajes diferentes.

- Debe ser capaz de observar adecuadamente, y de dominar las variables comportamentales relevantes para la habilidad social (tono, gestos, etc.).
- Debe tener capacidad para crear alternativas, particularmente ante las demandas inesperadas.
- Debe ser capaz de reforzar lo esencial, ya que si se hace indiscriminadamente, el reforzamiento pierde su efectividad.
- Debe ser directivo, principalmente para ir definiendo constantemente los objetivos del sujeto (o del grupo).
- Cuando se realiza el EHS en terapia de grupo, debe tener habilidad para:
 - Pasar desapercibido en el tiempo que no se interviene.
 - Escoger un modelo adecuado lo más semejante posible a las características del sujeto.
 - Seleccionar las personas que den retroalimentación adecuada sobre algún aspecto concreto.

Características del cliente

- Tener ocasiones de práctica de la(s) conducta(s) aprendida(s) en el ambiente natural.

Ámbitos de aplicación

- En sujetos con deficiencias en la oposición y/o aceptación asertiva; es decir, en saber negarse a la pérdida de reforzadores y/o en aceptar cumplidos, halagos y frases positivas, respectivamente.
- En sujetos con deficiencias en otras habilidades específicas: conversacionales, de concertación de citas, para mantener relaciones heterosociales, para entrevistas de trabajo, etc.
- Se emplea frecuentemente en el tratamiento de la depresión unipolar no psicótica y en los problemas de autoestima (fundamentalmente el entrenamiento en asertividad para disminuir la inhibición social).
- Se ha utilizado con pacientes psiquiátricos.
- En la integración a la comunidad de pacientes mentales crónicos.
- En niños con retraso en el desarrollo y aprendizaje.
- En grupos de jóvenes encarcelados.
- En clientes físicamente discapacitados.
- Para reducir el estrés asociado al papel social que desarrolla la persona.
- Junto a la psicoeducación familiar y una aproximación cognitiva para los síntomas psicóticos, se utiliza con pacientes esquizofrénicos y con trastornos esquizoafectivos.
- Se utiliza en situaciones de abuso de alcohol y drogas, principalmente con adolescentes.
- En sujetos con fobia social, cuando las deficiencias en la habilidad social se constituyen en un factor elicitor de la ansiedad.
- Bajo la misma condición, se ha aplicado también en sujetos con problemas sexuales.

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 22 años, que vive con sus padres y una hermana. Estudia idiomas y trabaja como administrativa en una empresa. Se queja de tener problemas con la familia y de sentirse mal por ello. También manifiesta tener onicofagia (morderse las uñas). Este segundo aspecto fue tratado en una intervención independiente dirigida a aumentar el autocontrol de la cliente en estas situaciones.

Respecto al problema de interacción social, la evaluación realizada muestra que:

- A nivel motor, su conducta social se caracteriza por la presencia frecuente de críticas hacia otras personas, llegando en ocasiones a respuestas agresivas, amenazas, gritos, insultos y en su reacción a la defensiva, con frecuencia presenta comentarios irónicos hacia el interlocutor.
- A nivel cognitivo, muestra frecuentemente:
 - Ideas de culpabilidad tras las situaciones en las que emite una conducta agresiva.
 - Interpretaciones de cualquier crítica como un intento de control por parte de los demás.
 - Exigencias irracionales hacia los demás, lo que le hace sentirse defraudada con frecuencia.
- A nivel fisiológico, presenta alteración emocional ante las críticas y, en general, grandes cambios en el estado de ánimo.

A continuación nos centramos en la intervención dirigida al objetivo fundamental que se perseguía en la terapia: disminuir sus respuestas agresivas. Ésta se lleva a cabo en el contexto de una terapia de grupo.

Aplicación de la técnica

Primer paso: producción del cambio de actitud favorable hacia la conducta asertiva frente a la pasiva o agresiva

En primer lugar, con objeto de facilitar un cambio de actitud, se le explicó a la cliente la naturaleza de sus reacciones agresivas, poniendo un énfasis especial en el aprendizaje vicario a partir del cual reproducía las reacciones defensivas que solía tener su madre. Se le explicó también cómo influía en su conducta la interpretación que hacía de las críticas de los demás como un intento de control hacia ella.

A continuación, se enseñó a la cliente mediante biblioterapia (véase apartado 2.1) a distinguir el comportamiento agresivo del asertivo y el pasivo. En concreto, se le pidió que leyera y realizara por escrito una serie de ejercicios de asertividad que se habían revisado previamente en el contexto terapéutico.

Segundo paso: elaboración de una jerarquía de las situaciones-objetivo de la intervención

Las situaciones que formaban la jerarquía eran las siguientes:

- Cuando le hacen una crítica generalizada en el ambiente familiar (por ejemplo, *eres tonta*).
- Cuando le hacen una crítica concreta en el ambiente familiar (por ejemplo, *ayer te pusiste mi jersey sin pedirme permiso*).
- Cuando algún compañero de trabajo o amigo le hace una crítica (justificada o injustificada).

- Cuando la madre no le compra algo que la cliente esperaba.
- Cuando se dirige a un amigo y le saluda.
- Cuando la madre le hace una pregunta personal.
- Cuando, sin justificación, realiza «ataques» a los demás.
- Cuando algún chico se dirige hacia ella en una situación de flirteo.

El orden establecido para ir trabajando las situaciones problemáticas expuestas dependía tanto del nivel de habilidad de la cliente como del malestar emocional que le producía su afrontamiento.

Tercer paso: representación de cada una de las situaciones problemáticas de interacción social (con la ayuda de coterapeutas o, si es en grupo, de otros miembros)

En la sesión de grupo, se representa la escena en que le hacen una crítica generalizada en el ambiente familiar (por ejemplo, *eres tonta*). En primer lugar, la cliente describe muy bien lo que ocurre en la situación. A continuación, se produce el siguiente diálogo:

T: *Bueno, yo creo que podemos representar la escena con la ayuda de vosotros dos; ¿hay algún detalle que no entendáis?*

M1: *No, yo creo que lo ha explicado bien.*

M2: *Sí, su madre es así, un poco agresiva.*

T: (dirigiéndose al resto del grupo): *Bueno, vosotros, mientras, podéis observar como ya venimos haciendo en otras sesiones; tomad nota atentamente y atended a todas las cuestiones. Si os parece, podemos dirigirnos al otro lado de la habitación.*

C: *Pero ¿voy a hacer lo que he estado diciendo?*

T: *Sí, yo creo que puede ser interesante. No creo que tengas ningún problema porque ya lo has hecho en la realidad y ahora lo escenificamos aquí.*

C: *Sí, como si fuera un teatro. Pero yo creo que no me va a salir.*

T: *Bueno, pero eso es también interesante, si no te sale podemos ayudarte a mejorarlo.*

C: *Sí, si sale mal se repite.*

T: *¿De acuerdo?*

C: *Sí, está bien.*

(Se escenifica la situación problemática).

Cuarto paso: el terapeuta proporciona (o pide al grupo) retroalimentación estableciendo lo que sería una respuesta apropiada para la situación problemática que se ha representado

Tras la representación de diversos ejemplos extraídos de los autorregistros en torno a cada una de las situaciones anteriores, se proporcionaba retroalimentación a la cliente. Ésta servía para establecer los objetivos de cambio, y dotarle de las estrategias necesarias para llevarlos a cabo en cada una de esas situaciones. A continuación se presentan algunos de ellos.

- Cuando le hacen una crítica generalizada (por ejemplo, *eres tonta*), pedir al interlocutor que concrete lo que le ha molestado de ella, o negar la crítica, pero sin responder con otra.
- Cuando le hacen una crítica concreta en el ambiente familiar (por ejemplo, *ayer te pusiste mi jersey sin pedirme permiso*), pensar en ello de la forma más objetiva posible, sin interpretarlo como un ataque: a) si está de acuerdo con la crítica, pedir dis-

culpas; b) si la crítica es injustificada, rebatirla con tranquilidad en lugar de responder con una amenaza. En concreto, decir que siente que el otro se haya molestado, pero que lo hizo así porque... (exponiendo el motivo). Otras situaciones sobre las que, tras ser representadas, se establecieron los mismos objetivos de cambio, fueron:

- La madre le critica por el uso del teléfono.
- La madre le critica por haberle cogido algún objeto personal.
- La madre le critica por la no realización de las tareas domésticas.
- Los padres le critican por la aportación económica.

Si en un caso u otro la siguieran criticando, ante la crítica generalizada decir que no va a seguir hablando de ello. Ante la concreta, decir que ya ha dicho que lo siente o el motivo (técnica del «disco rayado»).

- Cuando se dirige a un amigo, el objetivo es saludarle sin hacer ningún comentario irónico.
- Cuando la madre le hace una pregunta personal, el objetivo es contestarle sin enfado.
- Cuando, sin justificación, realiza «ataques» a los demás, el objetivo es identificar estas situaciones mediante el uso del autorregistro para no llevarlos a cabo.
- Cuando algún chico se dirige hacia ella en una situación de flirteo, el objetivo es no rechazarlo y a continuación atraer su atención. Por el contrario, si el chico le agrada especialmente, el objetivo es mantener el acercamiento desde el primer momento. En este tipo de situaciones, también se mantiene como objetivo aprender a mostrar sus sentimientos en el momento en que experimenta una mayor confianza.

No se aplica el *quinto paso –utilización del modelado–* debido a que son suficientes los pasos anteriores para obtener un rendimiento adecuado en el ensayo de conducta. Además, al tratarse este caso en el contexto de la terapia de grupo, el modelado de la conducta asertiva frente a la agresiva ya se venía produciendo para la intervención sobre las situaciones problemáticas de otros miembros del grupo.

Sexto paso: ensayo de conducta

En función del paso anterior, realizando una representación mediante juego de roles de la situación sobre la que se centra en ese momento la intervención.

Cuando era necesario, los ensayos se dividían en dos partes:

Primero se descomponían en sus elementos básicos. Por ejemplo:

- Pedir disculpas.
- Responder a las críticas de forma tranquila y asertiva, sin sarcasmo y sin expresar irritación.

Segundo, una vez entrenado este tipo de elementos, se representaban en el marco de las situaciones antes descritas. Para cada una de ellas, se formulaban varios ejemplos sobre los que se llevaban a cabo los ensayos. Por ejemplo, en la situación de crítica de la madre por el uso del teléfono, se buscaron varios ejemplos, entre los que se encontraban:

- Alguien llama a la cliente y la madre le recrimina creyendo que ha sido ella quien ha llamado.
- La cliente llama por teléfono y la madre le critica por usarlo durante mucho tiempo.

Previo a la representación de estas situaciones, se daban instrucciones a la cliente para que focalizara su atención en los elementos moleculares de la conducta. Por ejemplo:

T: *Recuerda las cosas que acabamos de decir que debes mejorar: el tono de tu voz, debes mirar a tu madre y demostrarle seguridad.*

Séptimo paso: el terapeuta (o los restantes miembros del grupo) proporciona retroalimentación (feedback)

En particular, se proporcionaba retroalimentación tras los ensayos en torno a los siguientes elementos no verbales:

- Contacto visual.
- Afecto.
- Volumen de voz.
- Gestos.

A nivel verbal, se le proporcionaba feedback, por ejemplo, en torno a la forma de responder a las críticas (justificadas o injustificadas), fijándose en:

- La no inclusión de respuestas agresivas (amenazas, gritos...).
- La no inclusión de respuestas irónicas.
- La inclusión (o no) de comentarios positivos (en función del tipo de situación).

El feedback se enfocaba de forma que la cliente aprendiera a identificar las claves generales de un tipo de respuesta (por ejemplo, comentarios irónicos o respuesta agresiva).

Octavo paso: planificación de las actuaciones fuera del contexto de la terapia

Las tareas para casa consistían en poner en práctica las conductas aprendidas cuando se producían las situaciones problemáticas. Se siguió, además, un autorregistro terapéutico con objeto de que la cliente identificara cuándo criticaba o actuaba de un modo que pudiera molestar a otras personas, y analizara qué podría haber hecho o dicho si hubiera actuado más adecuadamente. A continuación se presenta un ejemplo:

DÍA Y HORA	SITUACIÓN LUGAR COMPAÑÍA	QUÉ HACEN O DICEN	QUÉ HAGO O DIGO	CÓMO ME GUSTARÍA HABER REACCIONADO
Jueves, 30 de abril 20 h	En casa. Yo acababa de levantarme. Estaba haciendo mi cama.	1) Mi madre: pues busca tus sábanas porque yo necesito ésas (con tono autoritario y desagradable). Ni pienses que te la vas a quedar. Ya me la estás devolviendo. 3) Mi madre: Eres una grosera. Eso no lo esperaba de ti.	2) Yo: pues toma, y te vas a la mierda con ellas.	Habérselas pedido, pero con tranquilidad. Diciéndole, por ejemplo, que por favor, me las deje hoy que las mías están sucias, tal como ocurría en realidad.

Problemas surgidos en la aplicación de la técnica

En primer lugar, se encontró la dificultad de que la cliente confundía muy frecuentemente la ironía con la conducta asertiva a pesar de haber sido trabajada esta diferenciación con el uso de biblioterapia tal como se indicó anteriormente. Para ello, se llevó a cabo la estrategia planteada en el punto 2 de «Estrategias de solución a los problemas anteriores». En concreto, se llevaron a cabo representaciones dirigidas específicamente a mostrar estas diferencias.

Para finalizar, señalar que una vez que la terapia fue avanzando y la cliente controlaba sus reacciones agresivas, se analizaron las consecuencias de su cambio de conducta en la percepción que mantenía de sí misma, habiendo evolucionado hacia una mayor seguridad.

5.3. ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN AL ESTRÉS

Definición

El entrenamiento en inoculación al estrés (EIE en adelante) es, más que una técnica, una forma de actuar (Meichenbaum, 1987)¹ o un procedimiento terapéutico de gran versatilidad, en el que tienen cabida diversas técnicas psicológicas, dirigido a dotar al sujeto de estrategias de afrontamiento al estrés.

Se entendería que un individuo está en una situación de estrés cuando debe hacer frente a situaciones que implican demandas conductuales que son difíciles de realizar o satisfacer. Esta dificultad para responder variará en función de las discrepancias entre las demandas del medio, tanto interno (creencias del propio sujeto) como externo (ajeno al individuo), y:

- La manera en que percibe que puede dar respuesta a estas demandas.
- Las habilidades instrumentales que posee para dar respuesta a dichas demandas.

Consiguientemente, mediante el EIE se pretende enseñar al sujeto diversas habilidades y estrategias (cognitivas, emocionales y conductuales) que le permitan afrontar las situaciones que le resultan conflictivas (amenazantes, dolorosas o aversivas) de una forma más adaptativa, en el intento de reducir de algún modo las cualidades aversivas de la situación. Así, la clave en el EIE radica, en primer lugar, en determinar si el individuo afronta o no la situación, y, en segundo lugar, si dicho afrontamiento es o no exitoso.

Se trata de un paquete terapéutico que, por su formato, es particularmente útil para aplicaciones en grupos.

Pasos para su aplicación

El EIE incluye tres fases en su aplicación bien diferenciadas:

1. **Fase educativa o de conceptualización.** El objetivo de la misma es proporcionar al cliente un marco conceptual que le permita conocer cómo le está afectando el estrés y cómo puede hacerle frente utilizando una serie de estrategias comportamentales y cognitivas. Esto implica a su vez el establecimiento de una serie de pasos, que hacen referencia a la recogida e integración de datos y al entrenamiento en habilidades de evaluación. A saber:
 - Identificar los determinantes del problema y ayudar al sujeto a identificarlos, mediante el entrenamiento de habilidades de autoobservación, distinguiendo entre si el problema radica en la percepción e interpretación que tiene el sujeto respecto a las demandas del medio o en la forma de dar respuesta al problema, si se trata de un fallo en el rendimiento (tiene la habilidad pero no la ejecuta

1. Meichenbaum, D. (1987), *Manual de inoculación de estrés*, Martínez Roca, Barcelona.

correctamente) o de una deficiencia de habilidad (no posee los recursos necesarios).

- Proporcionar al sujeto una explicación teórica acerca del origen y mantenimiento de las conductas problemáticas que presenta.
- Enseñar al sujeto a conceptualizar el problema como una secuencia de etapas diferenciadas y manejables: antes de que tenga lugar, cuando comienza, cuando tienen lugar los momentos críticos, y cuando ha finalizado.
- Enseñar al sujeto a evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza (si son correctas y útiles, si son incorrectas, o si son correctas pero no le son de utilidad) y seleccionar aquéllas en las que presenta deficiencias.
- Explicar al sujeto sobre qué aspectos incidirá el tratamiento y en qué consistirá.

2. **Fase de adquisición y práctica de habilidades.** En esta fase se pretende entrenar al sujeto en la utilización de estrategias para afrontar todas aquellas situaciones que, durante la fase anterior, se consideraron como problemáticas. Dependiendo de cuáles sean los aspectos en los que el sujeto presenta deficiencias, se llevará a cabo un entrenamiento de las habilidades correspondientes:

- Problemas en la percepción e interpretación de las demandas del medio o de la capacidad propia para dar respuesta a las mismas: se entrenará al sujeto en la adquisición y puesta en práctica de habilidades y estrategias cognitivas. Para ello, y dependiendo de la naturaleza del caso, podrá entrenársele en el uso de la detención del pensamiento (véase apartado 6.2), de las autoinstrucciones o del autorrefuerzo. Asimismo, podrá utilizarse la técnica de solución de problemas (véase apartado 6.1) o se procederá a realizar una reestructuración cognitiva (véase capítulo 7).
- Problemas debidos a un fallo en el rendimiento. Si se deben a la interferencia de respuestas emocionales como ansiedad o malestar, pueden utilizarse técnicas para el control de la activación emocional, como la relajación (por ejemplo, en un atasco de tráfico); asimismo, son útiles las estrategias para lograr un afrontamiento paliativo (por ejemplo, instrucciones para la búsqueda de apoyo social) cuando el malestar esté producido por una situación aversiva o amenazante que no puede ser alterada (por ejemplo, problemas económicos permanentes).
- Problemas debidos a una deficiencia en la habilidad (falta de recursos de afrontamiento): de ser éste el problema habrá que dotar al sujeto de aquellas conductas instrumentales necesarias para hacer frente al problema, para lo que podrán utilizarse técnicas para el entrenamiento en habilidades sociales (véase apartado 5.2) o algunas técnicas dirigidas al aumento de conductas como el moldeamiento, el encadenamiento o el control estimular (véanse apartados 3.1, 3.2 y 3.3, respectivamente).

El sujeto ensayará en consulta, con ayuda del terapeuta, las nuevas habilidades y estrategias, para lo cual puede utilizarse el modelado, el ensayo imaginado o el juego de roles (véase apartado 5.2).

3. **Fase de aplicación, consolidación y seguimiento:** Esta fase debe permitir al cliente formular planes de actuación en base a las técnicas aprendidas en la fase anterior. Para ello, el sujeto ha de exponerse a las situaciones problemáticas de forma paulatina (mediante aproximaciones sucesivas a la misma, ensayo en imaginación o juego de roles) y aplicar en ellas las habilidades entrenadas, comentando en las

sesiones terapéuticas los problemas surgidos. El esquema a seguir en esta tercera fase sería:

- Preparación para afrontar una situación estresante: el cliente debe identificar la misma, realizar un análisis de las diversas posibilidades de actuación y preparar un plan de afrontamiento, para lo que puede resultar de gran utilidad seguir un modelo de solución de problemas.
- Afrontamiento y reconocimiento del éxito: es decir, la puesta en marcha, ya en la situación, de las habilidades adquiridas en la fase anterior.
- Prevención de crisis durante el afrontamiento: debe prepararse al sujeto ante la previsión de posibles fracasos para que ponga en marcha recursos que le permitan controlar al máximo la situación y sus propias respuestas (por ejemplo, la ansiedad al ver que no consigue sus objetivos). Para ello podemos servirnos de diversas técnicas y programas como la solución de problemas, el autocontrol o la relajación.

Generalmente, las fases 2 y 3 se dan juntas, ya que a medida que el sujeto va adquiriendo las distintas habilidades, también las va poniendo en práctica en la vida real, lo que, de otro lado, asegura un afrontamiento paulatino.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El cliente discute la explicación teórica que aporta el terapeuta acerca del origen y mantenimiento de las conductas problemáticas que presenta.
2. El cliente no realiza las tareas encaminadas a desarrollar estrategias de autoobservación, bien por falta de autocontrol, bien porque indica que no es capaz de darse cuenta de qué siente, piensa o hace.
3. El cliente no sigue las instrucciones terapéuticas prescritas para afrontar en vivo la situación estresante: no se enfrenta a la misma, no reconoce su éxito o no es capaz de controlar sus propias respuestas ante situaciones de fracaso.

Estrategias de solución a los problemas anteriores

1. En estos casos no debe discutirse con el cliente. Se organiza un plan de puesta a prueba de hipótesis (al estilo de la prueba de realidad; ver capítulo 7) donde el sujeto compruebe por sí mismo qué planteamiento del problema resulta más plausible.
2. Insistir en la importancia y utilidad de las mismas. Si se trata de un problema de autocontrol, pueden aplicarse estrategias encaminadas a aumentar el mismo (por ejemplo, indicarle momentos en que podría llevar a cabo el registro, control estimular y planificación ambiental. Véanse apartados 3.3 y 5.1, respectivamente) y entrenar en consulta (por ejemplo, con ensayo en imaginación y en vivo) cómo realizar la tarea, siguiendo un formato de autoinstrucciones.
Si el problema radica en que el cliente dice no ser capaz de identificar lo que ocurre, puede utilizarse una secuencia ocurrida con anterioridad y dividirla en los diferentes aspectos implicados: desde los más evidentes y «ajenos» a respuestas intrapsíquicas (dónde estaba, con quién, qué hacían...) hasta los relacionados más directamente con respuestas individuales (qué pensaba, qué sentía físicamente, qué hizo). Esto puede realizarse con varias situaciones por las que el sujeto ya haya pasado.
3. En caso de que no se enfrente a la situación, evaluar si es un problema de ansiedad

elevado que provoca una percepción de incontrolabilidad. En este caso, puede realizarse un afrontamiento mediante aproximaciones sucesivas (véase apartado 4.3). Si lo que ocurre es que no reconoce sus propios éxitos, lo que dificulta el mantenimiento de las conductas apropiadas, entrenarle en la aplicación del autorrefuerzo y hacerle ver, al mismo tiempo, qué hubiese ocurrido de no haber actuado así. En caso de que no controle sus propias respuestas ante situaciones de fracaso, habrá que entrenarle en estrategias de autocontrol.

Características del terapeuta

- Es importante que el lenguaje que utilice se ajuste al nivel de comprensión del cliente. Destacamos este aspecto en particular bajo la consideración de que, para asegurar un correcto funcionamiento en el EIE, es primordial proporcionar un marco conceptual que el sujeto pueda aprehender.
- Debe poseer habilidades para distinguir claramente las variables implicadas en los factores interactuantes en el estrés: las propias de la situación demandante (predictibilidad, incertidumbre o ambigüedad de la misma) y las propias del sujeto (especialmente los aspectos cognitivos relacionados con la evaluación que el sujeto realiza sobre la situación y sobre sus propios recursos de afrontamiento).
- Debe ser sensible a las diferencias individuales, culturales y de situación, evitando un adiestramiento que viole las normas del cliente (por ejemplo, no puede pedírsele a una persona perteneciente a un nivel sociocultural medio-bajo que se comporte como si se tratase de un intelectual).
- El terapeuta debe ser directivo, pero a un mismo tiempo debe potenciar y promover la competencia individual, optimizando las destrezas, habilidades y recursos personales del sujeto. De este modo potenciará que éste asuma la responsabilidad del cambio y la percepción de control sobre las demandas del medio.
- Debe saber seleccionar tareas de adiestramiento que sean similares al criterio. Es decir, si las tareas de afrontamiento desarrolladas en consulta son similares a la situación problemática, la probabilidad de generalización de los resultados terapéuticos aumentará.
- El terapeuta ha de tener capacidad para elaborar diversas estrategias de intervención en función del problema de que se trate (puesto que conoce las fases a seguir pero no el contenido exacto de las mismas).
- En tanto que se trata de un paquete terapéutico especialmente indicado para las intervenciones grupales en sujetos con problemáticas similares, es fundamental que, en estos casos, el terapeuta posea habilidades en el manejo de grupos terapéuticos.

Características del cliente

- Puesto que se pretende promover la competencia individual del cliente, sería deseable que éste tuviese un cierto grado de autocontrol.
- Presentar un nivel elevado de ansiedad fisiológica incondicionada (por ejemplo, clientes con un diagnóstico de estrés postraumático).
- En el caso de clientes con un trastorno por estrés postraumático, el acontecimiento traumático no debiera ser reciente para evitar un mayor nivel de ansiedad en la fase de conceptualización del problema.

- Cuando se realiza su aplicación en grupo, es conveniente que los sujetos que componen el mismo presenten una problemática suficientemente homogénea.

Ámbitos de aplicación

- Se ha aplicado frecuentemente en el ámbito de la psicología de las organizaciones, para la intervención en determinadas poblaciones que se ven sometidas frecuentemente a situaciones estresantes (por ejemplo, personal sanitario, agentes de policía, docentes, taxistas, etc.).
- En el tratamiento de los trastornos por estrés postraumático (por ejemplo, grupos de mujeres violadas), siempre que el episodio traumático no resulte reciente. De otro modo, la conceptualización del problema podría crear más ansiedad.
- Para el tratamiento de diversos problemas clínicos como los ataques de pánico, la ansiedad social, fobias diversas y para el manejo de respuestas de cólera y agresividad, fundamentalmente.
- Para el afrontamiento de situaciones cotidianas que no pueden evitarse pero que provocan un alto grado de malestar en los sujetos (por ejemplo, problemas de interacción familiar, situaciones económicas de cierta precariedad, sobrecarga de trabajo, etc.).
- Con pacientes que sufren problemas de salud (por ejemplo, para el manejo del dolor, en estados pre o postoperatorios) y en pacientes sometidos a tratamientos médicos de larga duración.

Caso ilustrativo

Se trata de un joven de 22 años, estudiante universitario. Convive solamente con su madre de 55 años, puesto que los padres se separaron hace diez. Aunque tiene un hermano de 29 años, éste reside fuera del domicilio familiar. La madre padece una enfermedad ósea que le impide realizar gran parte de las actividades domésticas, por lo que es el cliente quien las lleva a cabo. Además, dedica algunas horas semanales a realizar fotografías en celebraciones, guarderías, colegios, etc., para incrementar los ingresos familiares.

Solicita asistencia psicológica porque dice encontrarse muy «nervioso» e irritable. En los últimos tres meses ha perdido 5 kilos de peso y tiene dificultades para quedarse dormido por las noches.

Los datos de la evaluación mediante entrevista indican que:

- Frecuentemente y en diversas situaciones a lo largo de la semana, presenta intensas manifestaciones fisiológicas de ansiedad: palpitaciones, sudor frío, «nudo en el estómago» y tensión muscular, fundamentalmente.
- Además, durante las mismas, aparecen continuos pensamientos acerca de lo negativo y desagradable de la situación que está viviendo
- Con frecuencia ocurre que abandona la situación (por ejemplo, deja de esperar a que le atiendan en un banco), muy enfadado, y/o deja de hacer la tarea que esté realizando en ese momento (por ejemplo, la compra). Después de abandonar la situación o la actividad en cuestión, se siente «muy irritado» y permanece el resto del día pensando en «lo mal que le sale todo».

El problema se ha agudizado en las últimas semanas ya que ha dejado de hacer varias actividades de relevancia (asistir algunos días a clase, ir a cobrar los trabajos de fotografía

o hacer las tareas de casa) ante la anticipación de posibles problemas que puedan surgirle durante la realización de las mismas.

Puesto que no pueden identificarse situaciones específicas que provoquen una ansiedad condicionada, las situaciones ante las que se ve sometido son inalterables y forman parte de su transcurrir cotidiano, y ante la percepción de malestar generalizado y de «sobrecarga» que dice tener, se opta por aplicar un EIE. Así, el objetivo de la intervención que se plantea es dotar al cliente de habilidades para afrontar dichas situaciones de una forma más adaptativa.

Aplicación de la técnica

Primer paso: fase educativa o de conceptualización

- Identificar los determinantes del problema y entrenar al sujeto en autoobservación.

Al objeto de lograr ambos objetivos, se diseñó una hoja de registro con el fin de operativizar y analizar las diversas variables implicadas en el problema. Se pidió al cliente que registrara durante una semana todas aquellas situaciones en las que apareciera el problema (es decir, en que se notase muy «nervioso e irritable»).

Para ello, se le explicaron, con varios ejemplos, los distintos componentes en los que puede dividirse una respuesta (conductual, cognitivo y fisiológico). A continuación, se le ayudó a recordar y reconstruir la última ocasión en que se había encontrado mal y se completaron cada una de las columnas del registro con objeto de que entendiera adecuadamente qué es lo que tendría que hacer durante la semana.

Una vez transcurrido el período de autoobservación establecido, se comentaron en consulta los datos que el cliente había registrado, así como las dificultades que había encontrado en la realización de la tarea, de los que se muestra un ejemplo a continuación.

Modelo de autorregistro utilizado inicialmente y ejemplo de una de las situaciones problemáticas registradas por el sujeto

Situación	Pensamientos durante la situación	Respuestas fisiológicas e intensidad (1-5)	¿Qué hago?	¿Qué pienso después y cómo me siento?
Estoy en el banco; hay un montón de personas delante de mí y ya llevo 15 minutos esperando.	«¡Esto no puede ser, no puede ser!, ¡qué mala organización!, ¡quince minutos esperando, y lo que me queda...!»	Sudor Taquicardia (3)	Espero mi turno. Mientras, me muevo mucho, miro al cajero y sopro continuamente.	«Ya he perdido media mañana, siempre pasa igual, esto es una mierda...». Me siento muy enfadado.

En las siguientes sesiones y con ayuda de los autorregistros, se le enseñó a diferenciar los distintos componentes implicados en sus conductas ante las diversas situaciones registradas:

- Componente fisiológico: palpitations, sudor frío, «nudo en el estómago» y tensión muscular.
- Componente cognitivo: pensamientos constantes en torno a la consideración de la situación que transcurre como algo negativo y desagradable: *ya estamos otra vez con lo mismo, esto es insoportable, vaya mierda de vida, no puedo estar tranquilo, no sé cómo acabará esto...*

- **Componente conductual:** con frecuencia ocurre que acaba abandonando la situación, bastante irritado, y/o deja de hacer la tarea que esté realizando en ese momento (por ejemplo, la compra).

Con ayuda de los registros y pidiendo al sujeto que recordara otras situaciones en las que también solía ocurrir lo mismo, se le enseñó a identificar las situaciones ante las cuales tenían lugar las conductas reseñadas. Se ordenó el total de situaciones recogidas, desde aquellas en las que menos nivel de ansiedad experimentaba, hasta aquellas en las que peor se sentía, siguiendo el mismo procedimiento que en la desensibilización sistemática (véase apartado 4.1), estableciendo una jerarquía de acuerdo al siguiente modelo.

Ejemplos de algunos de los ítems de la jerarquía elaborada

Rango	Ítem	Usas
1	– Algún profesor no aparece o llega tarde.	5
2	– Alguna fotografía ha resultado defectuosa.	10
3	– En la tienda/supermercado no encuentro el producto que buscaba.	15
4	– Presentarme a un examen.	20
5	– Espero en una cola (supermercado, banco, reprografía...).	25
6	– Mi madre sufre una recaída leve.	30
7	– Llego a casa y tengo que hacer alguna tarea doméstica.	35
8	– El autobús va repleto de gente.	40
9	– Me retrasan el pago de las fotografías o el ingreso mensual.	45
10	– El autobús que va a la facultad se retrasa o no se detiene en la parada porque va lleno.	50

- Proporcionar al sujeto una explicación teórica acerca del origen y mantenimiento de las conductas problemáticas

En este punto, se explicó al cliente cómo los tres sistemas de respuesta se encuentran en continua interacción, y el papel que puede jugar cada uno de ellos como «mecanismo disparador» de los demás. Así, se le facilitó información de ellos como mecanismos fisiológicos de la ansiedad, sobre su influencia en los pensamientos y la conducta motora, y sobre cómo los factores emocionales y cognitivos podían influir en la percepción e interpretación de las sensaciones fisiológicas, incrementándolas o reduciendo su magnitud lo que, a su vez, influye sobre la ejecución.

- Enseñar al sujeto a conceptualizar el problema como una secuencia de etapas diferenciadas y manejables

Se le explicaron al cliente las cuatro fases en las que puede ser dividida cualquier situación estresante (antes de que tenga lugar, cuando comienza, cuando tienen lugar los momentos críticos y cuando ha finalizado), y se recalcó la influencia que, en su caso, tenían los pensamientos sobre los niveles de ansiedad experimentados y sobre el afrontamiento de la situación. Para ello se utilizaron ejemplos de sus propios autorregistros, pidiéndole que intentara recordar algunos de los pensamientos que tenían lugar en cada una de las etapas del transcurso de una situación.

Asimismo, se le pidió que identificara y registrara, en cada situación problemática que

surgiere durante la semana, los pensamientos que se daban antes, durante, y después de la misma, así como el nivel de ansiedad experimentado y las estrategias conductuales que utilizaba en cada una de ellas, de acuerdo al formato que se presenta a continuación.

Registro de pensamientos antes, durante y después de las situaciones problemáticas

«Antes»	Situación	«Durante»	«Después»
<p>Pensamientos: «Llegaré tarde como no pare el autobús; tendré que tirarme el descanso copiando los apuntes; no me enteraré de la clase...»</p> <p>Ansiedad (0-10): 7</p> <p>Conducta: me dirijo hacia la parada del autobús a la misma hora de siempre.</p>	Esperando el autobús, en la parada.	<p>Pensamientos «¡Como siempre!; esto es insoportable; y nadie protesta...»</p> <p>Ansiedad: 9</p> <p>Conducta: me muevo continuamente, resoplo, doy patadas en el suelo.</p>	<p>Pensamientos «Todos los días me tiene que pasar algo; estoy harto... ya no me puedo concentrar en la clase»</p> <p>Ansiedad: 5</p> <p>Conducta: estoy sentado en mi banca mirando al profesor sin atenderle.</p>

- Enseñar al sujeto a evaluar las estrategias de afrontamiento que utiliza.

Se le enseñó al cliente a evaluar las estrategias de afrontamiento que utilizaba normalmente en cada una de las etapas de las distintas situaciones problemáticas y a que identificara aquellas que convenía modificar, por su falta de efectividad. Para ello, se le pidió que las valorara atendiendo a los siguientes criterios: si era correcta y útil, si era incorrecta, o si era correcta pero no le era de utilidad para conseguir su objetivo. Este ejercicio se hizo de forma estructurada, siguiendo el modelo que se presenta:

	Correcta y útil	Correcta pero no útil	Incorrecta
E. conductuales «antes»: Llegar a la parada del autobús a la misma hora de siempre siendo previsible que se retrase.			X
E. cognitiva «antes»: «Llegaré tarde como no pare el autobús; tendré que tirarme el descanso copiando los apuntes; no me enteraré de la clase...». (Centrarme en las consecuencias negativas que tendrá un suceso que ya no puede ser modificado.)		X	
E. conductuales «durante»: me muevo continuamente, resoplo, doy patadas en el suelo.			X

	Correcta y útil	Correcta pero no útil	Incorrecta
E. Cognitivas «durante»: «¡Como siempre, se retrasa! (pensar en situaciones negativas pasadas); esto es insostenible». (Centrarme en lo desagradable de la situación.)		X	X
E. cognitivas «después»: «Todos los días me tiene que pasar algo; estoy harto... ya no me puedo concentrar en la clase». (Centrarme en lo desagradable de la situación.)		X	
E. conductuales «después»: Estoy sentado en mi banca mirando al profesor sin atenderle.			X

Así, pudo mostrarse cómo:

- Las estrategias conductuales que utilizaba antes del comienzo de algunas situaciones, no eran las más adecuadas (por ejemplo, si era previsible que el autobús se retrasara, podía salir antes de casa). Modificando algunas de ellas podría controlar la situación.
- Generalmente, las estrategias cognitivas antes, durante y después de las situaciones problemáticas tendían a aumentar la actividad emocional (debido a la anticipación de consecuencias negativas que solía realizar y a su concentración en lo desagradable de la situación, sin percibirse de otros aspectos).
- Su activación fisiológica era elevada desde el comienzo hasta el final de la situación.
- La mayoría de las situaciones que describía como «problemáticas» eran de difícil alteración y no quedaban bajo su control.
- Explicar al sujeto sobre qué aspectos incidirá el tratamiento y en qué consistirá. Llegados a este punto, se explicó al cliente que la intervención consistiría en enseñarle a manejar una serie de estrategias, nuevas y/o diferentes a las que él venía utilizando, para afrontar de manera más positiva las distintas situaciones problemáticas. Concretamente el objetivo sería:
 - Para manejar los pensamientos que tienden a intensificar las respuestas emocionales: entrenamiento en habilidades cognitivas de solución de problemas, detención del pensamiento y autoinstrucciones
 - Para controlar la activación fisiológica: relajación.
 - Para la minimización del malestar provocado por situaciones no controlables: entrenamiento en habilidades de afrontamiento paliativo a través de instrucciones específicas dirigidas a la desviación de la atención.

Segundo paso: fase de adquisición y práctica de habilidades

En esta segunda fase, el objetivo era enseñar al cliente las diversas habilidades que se han enumerado anteriormente, así como potenciar su puesta en práctica en consulta, mediante ensayos de conducta, para permitir un control de su ejecución por parte del terapeuta.

Se comenzó la intervención enseñando al sujeto la técnica de solución de problemas (véase apartado 6.1) y realizando un entrenamiento autoinstruccional para el manejo de los

pensamientos que intensificaban las respuestas emocionales. Para este último objetivo se elaboró, conjuntamente con el cliente, una lista de pensamientos positivos incompatibles con los anteriores para cada una de las fases de la situación problemática. Algunos ejemplos de los pensamientos propuestos por el sujeto fueron los siguientes:

- Antes de la situación (si era previsible): *«es posible que haya cola y tenga que esperar, pero de todas formas he de hacerlo algún día», «poniéndome nervioso no soluciono nada, todo lo contrario», «puedo aprovechar para leer el periódico»...*
- Durante la situación: *«sólo será un rato y todo habrá pasado», «no pasa nada, si me pongo nervioso puedo relajarme», «lo estoy haciendo bien»...*
- Haciendo frente a situaciones críticas: *«ahora me relajo», «respiro profundamente»...*
- Después de la situación: *«lo he conseguido, puedo reducir la ansiedad», «puedo afrontar más relajado los problemas», «cuanto más lo practique, mejor lo haré»...*

Asimismo, se dedicaba parte de la sesión al entrenamiento en relajación.

Cuando tuvo un cierto dominio en el uso de las habilidades reseñadas, se inició un entrenamiento en habilidades de afrontamiento paliativo para lograr la desviación de la atención. Así, se le explicó cómo manteniendo la atención en un estímulo aversivo incontrolable (por ejemplo, pensar continuamente en lo lleno que iba el autobús), no sólo le hacía sentir peor, sino que se producía un aumento de su malestar físico (incremento de la magnitud de las respuestas fisiológicas). De este modo, se le entrenó en el uso de estrategias de distracción externa (por ejemplo, leer el periódico mientras hacía el viaje en autobús) o internas (pensar en algo que le agradara). Para ello, se seleccionaron distintas estrategias de distracción para todas aquellas situaciones en las que podían ser aplicadas.

Tercer paso: fase de aplicación, consolidación y seguimiento

A medida que el cliente demostraba en consulta que dominaba la utilización de las estrategias, se fueron programando las tareas para casa. Así, se le mostró cómo formular planes de actuación utilizando las estrategias adquiridas para afrontar las situaciones problemáticas, de modo que fuese él quien ejerciese el control sobre los acontecimientos.

Estos planes de actuación consistían, fundamentalmente, en la puesta en práctica de las habilidades aprendidas en todas aquellas situaciones estresantes que surgieran durante la semana. Así, en consulta se preparaba al cliente para que: a) identificara aquellas que preveía le podrían surgir, y b) realizara un plan de afrontamiento ante las mismas (utilizando la técnica de solución de problemas). Por tanto, se le preparaba ante las que, si surgía una situación previsible como *el autobús va lleno*, pensara qué iba a hacer para que eso no le provocase malestar. Además se le pedía que, en caso de que realmente se produjese esta situación y él la afrontara con éxito, se autorreforzara por ello, reconociendo su éxito (véase apartado 5.1).

Finalmente, y ante la previsión de posibles fracasos durante el afrontamiento, se le preparó para que pusiese en marcha aquellos recursos que le permitieran controlar al máximo la situación o sus propias respuestas. Si, por ejemplo, iba a cobrar un trabajo realizado y se encontraba con que no le pagaban (lo que quedaba fuera de su control) debía manejar sus respuestas de ansiedad y mostrarse asertivo con su interlocutor, pidiéndole explicaciones al respecto. Si el problema radicaba en que él no hubiese sabido afrontar adecuadamente la situación (por ejemplo, no aplicar estrategias distractoras ante una situación aversiva como *el autobús está lleno*) debía controlar sus autoverbalizaciones inmediatas (no decirse frases como *«nunca voy a ser capaz de controlarme»* y sustituirlas por otras más adaptativas como *«bueno, esta vez no he podido controlarme, pero tampoco es horrible. Intentaré analizar qué ha fallado en esta ocasión y así estar preparado para la próxima»*).

Capítulo 6

Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas y el control de las cogniciones

Carmen Rodríguez-Naranjo y Aurora Gavino

6.1. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Definición

El entrenamiento en solución de problemas se define como un proceso cognitivo-comportamental que ayuda al sujeto a: a) hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse con situaciones problemáticas; y b) incrementar la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces de entre esas alternativas. Puede decirse que el entrenamiento en solución de problemas (ESP, en adelante) es un método de tratamiento que enfatiza la importancia de las operaciones cognitivas para comprender y resolver los conflictos intra e interpersonales.

Como ventajas de esta técnica, se encuentran las siguientes:

- Es una estrategia que se utiliza tanto para prevenir problemas como para fomentar la autonomía (es decir, que el cliente sea independiente del terapeuta).
- Se usa fundamentalmente en psicología educativa, aplicándola a grupos de niños y/o adolescentes.
- Se puede utilizar sobre grupos con problemas específicos (por ejemplo, con toxicómanos).
- Durante el proceso terapéutico, se utiliza para el mantenimiento de los resultados.

Pasos para su aplicación

A pesar de ofrecerse en la literatura diferentes definiciones, describiendo cada una de ellas una combinación relativamente única de factores, hay un número de elementos comunes que componen el ESP:

1. Orientación y sensibilización hacia los problemas.
2. Definición y formulación del problema.

3. Generación de soluciones alternativas.
4. Identificación y valoración de consecuencias. Toma de decisiones.
5. Ejecución de la solución y verificación.

Primer paso: orientación y sensibilización hacia los problemas

Se focaliza la atención del sujeto hacia las situaciones problemáticas, incrementándose su sensibilidad hacia las mismas. Así, la intervención se centra tanto en modificar las creencias, expectativas y valoraciones sobre los problemas, y en controlar las ideas que el sujeto mantiene sobre su capacidad para solucionarlos, como en intentar minimizar el malestar emocional que esto conlleva. Se fomenta, pues, la creencia de que los problemas son normales e inevitables y de que se pueden afrontar de forma eficaz.

Segundo paso: definición y formulación del problema

El objetivo fundamental en este segundo paso es lograr que el cliente pueda definir su problema en términos operativos, de modo que ayude a la generación de soluciones relevantes con posterioridad. Son tres las estrategias que pueden utilizarse para este objetivo:

1. Operacionalización del problema: delimitar el problema real y descomponer posibles problemas complejos en secuencias o cadenas de situaciones problemáticas.
2. Selección de datos relevantes: recabar información sobre el problema (quién está implicado; qué, dónde, cuándo y por qué sucede; cómo respondo).
3. Establecimiento de metas y objetivos: qué puede hacerse realmente.

El cliente debe definir el problema y clarificar todo aquello que le preocupa en relación al mismo. Ello ha de hacerse con un lenguaje concreto, evitando la realización de inferencias y suposiciones.

Tercer paso: generación de soluciones alternativas

Puesto que el objetivo del ESP es dotar al cliente de aquellas habilidades necesarias que le hagan constituirse en un buen solucionador de problemas, la meta de esta fase es ayudarle a buscar posibles soluciones a los problemas formulados. Mediante la «tormenta de ideas» se hace, para cada objetivo, una lista de alternativas que contemple las reglas siguientes:

- Principio del aplazamiento del juicio: la crítica está prohibida, por tanto cualquier alternativa es válida. Los juicios respecto a las mismas se aplazan.
- Principio de la variedad: se potencia la variedad; así, la asociación libre es positiva, dando rienda suelta a la imaginación.
- Principio de la cantidad: se potencia la cantidad; así, cuantas más ideas, más posibles se hacen las soluciones eficaces.
- Se procura la combinación de diversas alternativas y la forma de incrementar la eficacia de las mismas. Para ello, se procuran ver distintas posibilidades desde enfoques diferentes, estableciendo un plan de actuación bien estructurado.

Aunque en la sesión se pretende generar múltiples y variadas alternativas, se solicitará al sujeto que durante la semana piense algunas más, al objeto de obtener un amplio listado que permita descartar las que sean descabelladas. Una vez hecho esto, en este momento deberá de disponerse de una serie de alternativas que en principio podrían resultar adecuadas para solucionar el problema.

Cuarto paso: identificación y evaluación de consecuencias para cada alternativa. Toma de decisiones

El objetivo de esta fase es el de seleccionar aquella/s alternativa/s que, siendo plausible/s, contribuya/n a la solución del problema. Para ello, el cliente debe analizar las consecuencias a corto y a largo plazo, una a una, para todas las alternativas disponibles. Posteriormente, debe realizar una consideración crítica de las mismas a partir de una serie de criterios de carácter general (probabilidad de alcanzar la meta, influencia sobre el bienestar emocional, tiempo y esfuerzo que requerirá dicha solución, y posibles consecuencias que se derivarán de la misma a terceras personas significativas) y de criterios particulares que van a depender del caso, en función de los cuales les otorga una puntuación (positiva o negativa) que apunta hacia qué alternativa(s) resultará(n) más adecuada(s).

Quinto paso: ejecución de la solución y verificación

El objetivo en este momento es poner en práctica la solución (alternativa) escogida y evaluar la efectividad de la misma. El modelo conceptual de esta fase parte de la concepción cognitivo-conductual del autocontrol (véase apartado 5.1), contemplando los siguientes aspectos:

- Ejecución de la solución.
- Autoobservación: observación de los propios comportamientos y/o resultados.
- Autoevaluación y autorregulación: el sujeto debe comparar el resultado de su solución con lo realmente esperado, al objeto de proseguir con dicha solución o plantearse qué ha ocurrido como explicación de la falta de éxito.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. Respecto a la primera fase de «orientación general», pueden presentarse dificultades porque el cliente no acepte o no reconozca la existencia de determinados problemas que pueden ser los causantes de su malestar.
2. Respecto a la fase de «definición y formulación del problema» algunos sujetos pueden mostrar enormes dificultades para formular el problema de forma operativa, por lo que tienden a definirlo en base al malestar emocional que sienten ante el mismo (por ejemplo, *mi problema es que todo en mi vida es horrible*) o lo formulan en términos vagos e imprecisos (por ejemplo, *mi problema es que mi pareja no me quiere*), lo que tiende a aumentar su percepción de falta de control.
3. En el paso anterior, el sujeto puede presentar la tendencia de definir el problema en términos de una solución propuesta.
4. Cuando se realiza el paso dirigido a la «generación de alternativas», puede presentarse el problema de que el sujeto no sea capaz de generar más que un número reducido de alternativas, o bien que éstas estén mediatizadas por el juicio del sujeto hacia lo que considera «razonable» o no.
5. Al llevar a cabo el paso de la «ejecución» y verificación de la decisión, puede presentarse el problema de que el cliente no se atreva o tenga temor a hacerlo incorrectamente. En ocasiones, el problema podría no provenir del sujeto sino del medio en el que se desenvuelve.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Para facilitar el reconocimiento de los problemas, se pueden utilizar las siguientes estrategias:
 - Practicar el juego de roles en consulta, pidiendo al cliente que realice el papel contrario (el de terapeuta).
 - Presentar un problema no relevante para el cliente y evaluar su actuación.
 - Utilizar la propia conducta ineficaz como una forma de reconocer el problema.
 - Identificar los sentimientos o las emociones negativas como indicios de la existencia de problemas.
 - Tomar nota en casa cuando se le ocurra alguna situación problemática.
 - Observar problemas de terceros o presentados en medios de comunicación (por ejemplo, televisión).
 - Preguntar a otras personas y tomar nota de los problemas que refieren.
2. Para ayudar a una definición y formulación operativas, el terapeuta recabará información sobre el mismo de forma muy precisa a través de la formulación de preguntas concretas (por ejemplo, *¿por qué cree que sucede eso?*), de la delimitación de objetivos por parte del cliente e intentando, en su caso, descomponer problemas más complejos en pequeños problemas, al objeto de buscar la secuenciación entre unos y otros.
3. La mejor forma de evitar definir el problema en términos de una solución propuesta es enfatizar su formulación y especificación en términos concretos, intentando responder a la pregunta: *¿cuáles son nuestros objetivos, necesidades e intereses?*
4. Si al cliente sólo se le ocurren algunas alternativas, se le pueden plantear las siguientes estrategias:
 - Dedicar un tiempo en casa a pensar en todas las alternativas posibles, anotando un amplio número de ellas.
 - Plantearle la tarea de preguntar y observar las alternativas que toman otras personas. Éstas servirán de ejemplo a aplicar sobre su propio problema.
 - Combinar varias alternativas para crear nuevas soluciones.
 - Modificar o reelaborar algunos de los elementos de las alternativas propuestas.
 - Descomponer las alternativas en conductas específicas.
 - Pedir al cliente que intente recordar qué hizo antes en situaciones parecidas.
Si el problema radica en que el cliente no genera alternativas debido a que realiza un juicio continuo acerca de la valía de las mismas, puede usarse una estrategia terapéutica complementaria como, por ejemplo, la detención del pensamiento (véase apartado 6.2).
5. El terapeuta debe detectar estas dudas y problemas, lo que le llevará a aplicar las técnicas correspondientes (por ejemplo, reestructuración cognitiva ante creencias irracionales o entrenamiento en habilidades instrumentales específicas). Cuando la dificultad provenga del medio del sujeto, deberá seleccionarse una alternativa que posea una mayor validez ecológica, de modo que pueda ser ejecutada sin dificultades externas.

Características del terapeuta

- Es importante que el terapeuta sepa identificar las atribuciones y creencias del sujeto, de forma que pueda lograr el control de cogniciones inadecuadas y fomentar expectativas positivas de autoeficacia.
- Se trata de un tipo de entrenamiento que requiere de una gran directividad por parte del terapeuta.

Características del cliente

- Debe poseer capacidades básicas de solución de problemas: sensibilidad hacia los problemas, pensamiento alternativo, pensamiento consecuencial y toma de perspectiva.
- Debe poder evitar y/o controlar las reacciones automáticas o impulsivas.
- Debe tener suficiente capacidad de reflexión para generar alternativas.

Ámbitos de aplicación

El ESP se ha aplicado frecuentemente en:

- Clientes cuyas reacciones depresivas se relacionan directamente con el afrontamiento inadecuado de las situaciones problemáticas.
- Experiencias de crisis relacionadas con la toma de decisiones.
- Niños con conductas hiperactivas y agresivas.
- Para el control de la ira en adolescentes.
- El tratamiento de los problemas de pareja y familiares.
- Para la prevención y el manejo efectivo del estrés.
- Junto al entrenamiento en diferenciación cognitiva, percepción social, comunicación verbal y habilidades sociales, el entrenamiento en solución de problemas interpersonales se ha utilizado para el tratamiento de la esquizofrenia.
- Para enseñar y evaluar las habilidades de razonamiento de médicos y psicólogos en situaciones clínicas simuladas.
- Hospitales psiquiátricos (para la toma de decisiones por parte de los profesionales).
- Para establecer acuerdos en ambientes interdisciplinarios.
- Como estrategia para prevenir posibles problemas en aquellos casos de sujetos con una marcada falta de autocontrol, en los que la situación problemática no esté aún presente pero se prevea su ocurrencia.

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 21 años que en el momento de acudir a la consulta se encuentra preparando los exámenes de Selectividad. Vive con sus padres y un abuelo. Pertenece a un medio socioeconómico medio-bajo.

La cliente experimenta una gran inseguridad en sí misma desde que le suspendieron la selectividad por segunda vez. Se cree inferior, *como si no fuera capaz de hacer las cosas*, y tiene una percepción negativa de sí misma. Esta situación le genera insomnio, un estado bajo de ánimo y gran apatía, de tal modo que en el momento de acudir a la consulta se encuentra tomando medicación antidepressiva. La cliente manifiesta que vuelve a presentarse

a estos exámenes por tercera vez para poder estudiar ATS, lo cual es su principal ambición para el futuro.

Junto al adiestramiento de la cliente en métodos de estudio apropiados, se decide aplicar la técnica de Solución de problemas con el objetivo de proporcionarle recursos para enfrentarse a un posible nuevo suspenso de selectividad. En concreto, se pretendía que dispusiera de alternativas para llevar a cabo en el caso de que esto ocurriera.

Aplicación de la técnica

Primer paso: orientación y sensibilización hacia los problemas

En este primer paso se definieron como problemáticas sus constantes dudas sobre si servía o no para estudiar. Para contrarrestar la actitud negativa hacia sí misma, se revisó su facilidad o dificultad previa ante el estudio, encontrándose un expediente académico completamente normal.

Para facilitar la identificación y afrontamiento de las situaciones problemáticas desde esta perspectiva, se le pidió que anotara en casa todos los problemas que pudiera identificar.

T: *Tienes que pensar que esos problemas le ocurren a muchas personas; es decir, no eres tú la única que tienes problemas. Si echamos un vistazo general, encontramos problemas de paro, de salud, de pareja; en tu caso, cuando te separaste de tu novio, recuerdas lo que hablamos el otro día, eso fue un problema que tuviste que solucionar.*

C: *Sí, cuando me separé de mi novio, creía que iba a ser difícil y luego no fue tan difícil como yo pensaba, y se fue solucionando la cosa.*

T: *Entonces ¿cómo lo resolviste?*

C: *Tampoco fue que yo resolviera la situación, más bien las cosas se fueron resolviendo por sí solas. Al fin y al cabo, fue mi novio el que tomó la iniciativa y terminó con aquella relación que no marchaba, por eso ahora yo no sé cómo atajar o solucionar las cosas.*

T: *Quizás el problema no fuera entonces que acabara la relación, sino que ésa fue la solución para los problemas que teníais en ella.*

C: *Pues sí, antes yo pensaba que las cosas eran siempre como eran y ya está, es decir, que debía dejarlas estar sin hacer nada. Al fin y al cabo, aunque siempre peleando, lo tenía a él que tomaba las decisiones. Fíjate, él tomó hasta la de terminar con una relación que sólo era una pelea tras otra. Y ahora soy yo la que debe tomar las decisiones por sí sola.*

T: *Pues bien, como te decía antes, para hacer eso vamos a poner en práctica esta técnica de solución de problemas...*

Segundo paso: definición y formulación del problema

Esta fase de la técnica fue ilustrada a la cliente mediante un ejemplo diferente al de su problema.

T: *Imagínate que una persona, que también estudia como tú, para aprobar un examen que le ha quedado pendiente para septiembre, ha de decidir si deja la academia en la que estudia o continúa en ella. Puede ocurrir que disponga de poco dinero y que, por tanto, le suponga un gran esfuerzo continuar en ella, por lo que se lo plantea seriamente, es decir, como un problema a solucionar. Así, vemos cómo tiene, en principio, dos opciones: dejar la academia o continuar en ella. Ves que de este modo está definiendo el problema de una manera operativa.*

Una vez comprendida, mediante éste y otros ejemplos, la importancia de ser operativos a la hora de definir el problema, se procedió a la definición del problema principal de la cliente.

T: *Bien, vamos a intentar definir entonces tu problema sin ambigüedades.*

C: *Pues yo creo que podríamos definirlo como el no tener alternativas, sobre todo para lo que más me gusta, estudiar Enfermería, en caso de que volviera a suspender la selectividad.*

Tercer paso: generación de soluciones alternativas

Se le pidió a la cliente que enumerara todas las alternativas posibles en el caso de que suspendiera la selectividad. La instrucción era decir en voz alta todas las que se le ocurrieran, sin realizar ningún juicio o crítica para su selección. Sólo se le ocurrieron las siguientes:

- Trabajar y estudiar a un mismo tiempo.
- Irse al extranjero.
- Ponerse a trabajar.

Se le pidió como tarea para casa que fuera anotando, a lo largo de la semana, todas las que se le ocurrieran. En la siguiente sesión, traía anotadas las que se presentan a continuación:

- Dejar la Selectividad por un tiempo.
- Trabajar y estudiar a un mismo tiempo.
- Estudiar francés y hacer cursillos de socorrismo y puericultura.
- Pasar un año en el extranjero.
- Estudiar Auxiliar de Clínica.
- Preparar oposiciones para conseguir trabajo.
- Dentro de cuatro años, preparar el acceso a la universidad para mayores de 25 años.

Con objeto de poder contar con las alternativas posibles para estudiar ATS, al ser éste su principal objetivo, se le pidió que para la siguiente sesión obtuviera información en torno a la posibilidad de acceder a ATS mediante los estudios de Auxiliar de Clínica en Formación Profesional. Esta opción fue corroborada, por lo que contaba con ella para estudiar la carrera que deseaba.

Por último, se le ayudó a combinar las alternativas disponibles del modo en que éstas quedaran más operativizadas. Así, se generaron las siguientes:

- Volver a estudiar la Selectividad.
- Estudiar Auxiliar de Clínica en la Formación Profesional.
- Estudiar francés y hacer cursillos de socorrismo y puericultura.
- Tomarse un año libre yéndose a Francia a aprender el idioma.
- Preparar oposiciones para encontrar trabajo de auxiliar administrativa.

Cuarto paso: identificación y evaluación de consecuencias para cada alternativa. Toma de decisiones

T: *Bien, la tarea que hemos de realizar ahora es la de identificar todas las consecuencias que se derivarían en caso de que escogieras alguna de estas alternativas. Pero para hacerlo bien, tenemos que ser objetivos. Es decir, vas a pensar en las consecuencias de cada una de ellas, pero sin pensar en principio si esas consecuencias son positivas o negativas. Eso ya lo haremos después. ¿Lo comprendes?*

A continuación se presentan las consecuencias que se derivaron para cada alternativa. Una vez propuestas todas las consecuencias posibles, se pidió a la cliente que las puntuara de -3 a +3 (siendo éste un continuo en el que éstas son las puntuaciones extremas) con objeto de llevar a cabo su evaluación. Esta quedó como sigue:

1. Volver a estudiar la Selectividad.
 - No tener apenas tiempo libre. (-2)
 - No desconectarme de la Universidad. (+2)
 - Volver a sentirme presionada con el examen. (-2)
 - Tener la posibilidad de volver a suspender. (-3)

T = (-5)
2. Estudiar Auxiliar de Clínica en la Formación Profesional.
 - Desconectarme de la Universidad. (-2)
 - No tener que sentirme agobiada con el examen. (+2)
 - Vivir de una forma bastante relajada. (+3)
 - Tener la posibilidad de acceder a Enfermería. (+3)

T = (+6)
3. Estudiar francés y hacer cursillos de socorrismo y puericultura.
 - Disponer de bastante tiempo libre. (+2)
 - Gastar dinero en hacer los cursillos. (-1)
 - Limitar mis posibilidades laborales en el futuro. (-3)
 - Desconectarme de la Universidad. (-2)
 - Abrirme a una opción laboral diferente. (+1)
 - No estar agobiada con el examen. (+2)
 - Sentirme insatisfecha en el tipo de trabajo. (-2)

T = (-3)
4. Tomarme un año libre yéndome a Francia a aprender el idioma.
 - Tener que arreglármelas yo sola. (-1)
 - Ser independiente de la familia. (+1)
 - No tener que estudiar durante un año entero. (+3)
 - Conocer lugares diferentes. (+3)
 - Desconectarme de la Universidad. (-2)
 - Conocer gente nueva y diferente. (+2)

T = (+6)
5. Preparar oposiciones para encontrar trabajo de auxiliar administrativa.
 - Tener que dedicarme a algo que no me gusta. (-2)
 - Seguir agobiada con exámenes. (-3)
 - Limitar mis posibilidades laborales en el futuro. (-3)

T = (-8)

Como puede verse, las opciones con mayor e igual puntuación fueron la (2) y la (4). Cabían, pues, dos posibilidades: bien planificar la realización de ambas de forma consecutiva (primero tomarse un año libre y, a continuación, estudiar Auxiliar de Clínica en Formación Profesional), bien continuar y profundizar el análisis de cada una de ellas. La

cliente optó en principio por la primera posibilidad ya que, por un lado, le atraía mucho y, por otro, no veía que tomarse un año libre supusiera ninguna limitación para continuar estudiando en el futuro. En cualquier caso, ya que conocía la técnica, prefería esperar a pasar o no el examen de Selectividad y considerar así otras variables que en ese momento pudieran estar presentes para tomar la decisión definitiva.

Quinto paso: ejecución de la solución y verificación

Este paso no fue necesario debido a que la cliente aprobó la Selectividad. No obstante, sí se llevaron a la práctica los objetivos de estudiar en un estado más calmado y aprender a aplicar este recurso en cualquier otra situación problemática.

6.2. DETENCIÓN DEL PENSAMIENTO

Definición

La detención o parada de pensamiento es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamiento que son irrealistas, improductivos y/o generadores de ansiedad, y que inhiben la ejecución de una conducta deseada o dan lugar al inicio de una secuencia de conductas indeseadas (produciendo un efecto de «bola de nieve»). La principal ventaja de esta técnica es la de trabajar directamente sobre los pensamientos disruptivos.

En muchas ocasiones, la eliminación de las preocupaciones no constructivas es suficiente para capacitar a los sujetos para enfrentarse efectivamente con sus problemas específicos.

Pasos para su aplicación

1. Se seleccionan y clarifican bien los pensamientos sobre los que se va a trabajar (por ejemplo, *me van a suspender*).
2. Se pide al sujeto que piense en el primer elemento de la cadena que lleva al pensamiento perturbador (por ejemplo, *cuando veo el tocho de fotocopias*).
3. Se busca una palabra que sea potente para el sujeto: *alto, stop, basta*, o incluso un «taco».
4. Se busca un pensamiento alternativo.
5. Se entrena en imaginación sobre un pensamiento neutro.
 - El cliente visualiza la escena desencadenante con los ojos cerrados y la relata en voz alta. El terapeuta dice la palabra potente (*¡ALTO!*, *¡BASTA!*, etc.; en adelante pondremos *¡ALTO!*), y da un golpe en la mesa.
 - El cliente visualiza y se dice la escena subvocalmente, y el terapeuta le dice *¡ALTO!*
 - El cliente visualiza y se dice la escena subvocalmente, y también se dice *¡ALTO!*
 - El cliente visualiza y se dice la escena subvocalmente, se dice *¡ALTO!* y aplica el pensamiento alternativo.

(Tras cada paso, se le pregunta al cliente si el pensamiento ha desaparecido.)
6. Se aplican los pasos anteriores sobre cada uno de los pensamientos perturbadores.
7. Se le pide que practique en numerosas ocasiones hasta que se automatice la práctica.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El cliente no presenta una intención clara de modificar los pensamientos perturbadores.
2. Puede existir dificultad para encontrar una palabra potente para el sujeto que interrumpa momentáneamente el pensamiento disruptivo.
3. El cliente no se imagina bien la situación perturbadora.
4. El cliente no genera un pensamiento alternativo.
5. El cliente vuelve rápidamente al pensamiento perturbador, bien por el hábito existente, bien por la ansiedad previa.
6. El cliente no responde al procedimiento de detención del pensamiento.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Una vez que existe acuerdo sobre los pensamientos-objetivo, terapeuta y cliente discuten las razones para eliminarlos. Fundamentalmente, se explica al sujeto que la eliminación de las preocupaciones no constructivas le capacitará para enfrentar sus problemas específicos de forma efectiva.
2. Si no se encuentra una palabra potente, se pueden utilizar las siguientes estrategias:
 - Elaborar una lista amplia de palabras y el cliente elige aquella que más le impacte.
 - Utilizar una imagen en lugar de una palabra.
 - Utilizar un procedimiento físico (por ejemplo, una gomilla en la muñeca de la que deberá tirar cuando surjan los pensamientos).
 - Pasar directamente al pensamiento alternativo.
3. Se le hacen preguntas para facilitar que se concentre en la escena, y si es necesario se le entrena en imaginación.
4. Si no se dispone de un pensamiento alternativo, se pasa a la realización de una actividad determinada, incompatible con los pensamientos disruptivos.
5. Tras la formulación del pensamiento alternativo, se le pide que concentre su atención en la actividad que está realizando, o que genere una específicamente (mental o física).
6. Se debe modificar la técnica, en el caso extremo mediante el uso de técnicas aversivas (por ejemplo, el choque eléctrico) que aparezcan concomitantemente a las señales de ¡ALTO!

Características del terapeuta

- Capacidad para identificar la cantidad de práctica que necesita cada cliente y el progreso que va realizando, para en función de ello incrementar o disminuir el tiempo de práctica que se programe.
- Habilidad para generar alternativas de pensamientos o actividades mentales incompatibles con el pensamiento perturbador.

Características del cliente

- Rapidez para detectar los pensamientos disruptivos.
- Cierta mínimo grado de autocontrol.

Ámbitos de aplicación

- Para disminuir los pensamientos perturbadores persistentes.
- Para reducir la ansiedad generada principalmente por pensamientos anticipatorios. Así, se ha utilizado junto a la autoobservación, relajación, desensibilización en imaginación y exposición *en vivo*, para el tratamiento de la fobia a la escuela en adolescentes. Y en general, para las fobias generadas por estímulos internos.
- Junto a la inundación (véase apartado 4.2) y la prevención de respuestas (véase apartado 4.4), se ha utilizado en algunos clientes para el tratamiento de las obsesiones; y en particular, para la interrupción de las rumiaciones obsesivas.
- Para reducir las imágenes recurrentes generadoras de malestar que se producen tras haber sufrido experiencias traumáticas.
- Junto al ensayo conductual y la desensibilización sistemática, se ha utilizado para el tratamiento de las disfunciones sexuales relacionadas con la violación.
- Junto a otros métodos, que incluyen técnicas físicas (realización de ejercicio y entrenamiento en relajación muscular profunda), bio-feedback, entrenamiento autógeno y meditación, se ha utilizado para las perturbaciones del sueño.
- Se ha empleado como estrategia de afrontamiento para el tratamiento de la migraña conjuntamente a técnicas de reestructuración cognitiva, relajación progresiva, ensayo conductual, entrenamiento en asertividad y solución de problemas.
- Para la reducción de la conducta de fumar.
- Para el tratamiento de las desviaciones sexuales.

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 60 años que vive con su marido y dos hijos. Acude a la consulta por sentirse muy nerviosa, lo que cree que le afecta al corazón. Tiene palpitaciones frecuentes, nota que *se me aprieta el pecho y me cuesta trabajo respirar, ante lo cual me pongo muy nerviosa*. Estos episodios «de ahogo» le pueden durar de una a varias horas, pudiéndose encontrar tranquila en el momento de su comienzo. Nota, en primer lugar, la sensación de apretamiento y a continuación la de asfixia. Esto le ocurre al menos con una frecuencia de una vez cada dos semanas, y con mayor frecuencia cuando ha realizado algún ejercicio físico. Los informes médicos no muestran ninguna disfuncionalidad física.

Junto a ello, tiene una gran dificultad para permanecer sentada durante algún tiempo al aparecer una sensación de hormigueo en las piernas y gran nerviosismo que le hace levantarse y, por tanto, mantener siempre un grado elevado de actividad. Por otra parte, la evaluación realizada muestra que la cliente presenta continuamente temores infundados sobre acontecimientos concretos negativos que puedan ocurrirle a ella o a otras personas. Además, presenta una preocupación excesiva en una gran cantidad de situaciones cotidianas. Con objeto de delimitar adecuadamente las conductas-problema que se producen en los niveles cognitivo y conductual, se le pidió que rellenara un autorregistro en el que debía constar:

DÍA Y HORA	SITUACIÓN EN QUE ME PREOCUPO O DE ESTRÉS	¿CAMBIARÍA?
------------	--	-------------

Se encuentra que aparecen tanto preocupaciones infundadas o excesivas como la realización de varias actividades a un tiempo.

Se aplica el entrenamiento en relajación y respiración como estrategia terapéutica que debe aplicar en los episodios «de ahogo», y una modalidad específica de relajación dirigida a las situaciones en que experimenta el hormigueo en las piernas. Para este último objetivo, se le dio una hoja que debía leer para ayudarlo a llevarla a cabo. Junto a ello, se le dieron instrucciones para que realizara las actividades más despacio, controlando convenientemente la respiración.

Por último, se aplicó también la técnica de *detención de pensamiento* con objeto de eliminar las situaciones de preocupación excesiva e infundada. A continuación se expone detalladamente la forma en que se aplicó esta técnica.

Aplicación de la técnica

Primer paso: se seleccionan y clarifican bien los pensamientos sobre los que se va a trabajar

En primer lugar, se elaboró en colaboración con la cliente un listado de pensamientos perturbadores «de preocupación» sobre los que se iba a aplicar la técnica. Se ofrecen a continuación algunos ejemplos de estos pensamientos:

- Pensar en algún problema de otra persona, dándole vueltas a la idea de cómo ayudarlo. Por ejemplo, pensar en cómo dar solución a los problemas de los negocios de sus hermanos.
- Pensar que pueda ocurrir un accidente. Por ejemplo, piensa con frecuencia en que los hijos puedan tener un accidente al volver de la ciudad. Otro ejemplo frecuente consiste en mantener estos pensamientos ante la realización de un viaje.
- «Agobiarse» al pensar que no va a poder realizar todas las actividades que desearía. Por ejemplo, pensar en que no va a poder tener la comida lista a la hora prevista.

Para cada uno de los tipos de pensamientos, se pusieron varios ejemplos, y se ordenaron en función del grado de preocupación que generaban.

Segundo paso: se pide al sujeto que piense en el primer elemento de la cadena que lleva al pensamiento perturbador

- Pensar en el problema de otra persona, dándole vueltas a la idea de cómo ayudarlo.
- Pensar en que pueda ocurrir un accidente.
(Éstos ocurren frecuentemente cuando se acuesta por la noche.)
- Pensar que no va a poder realizar todas las actividades que desearía.
(Éste ocurre frecuentemente estando en la tienda en la que trabaja.)

Tercer paso: se busca una palabra que sea potente para el sujeto: alto, stop, basta o incluso un «taco».

En este caso, cualquiera de las palabras habituales era potente para la sujeto, eligiendo en concreto la palabra ¡ALTO!

Cuarto paso: se busca un pensamiento alternativo

Para los pensamientos:

- Pensar en el problema de otra persona, dándole vueltas a la idea de cómo ayudarlo.

- Pensar en que pueda ocurrir un accidente.

Cuando ocurrían al acostarse por la noche, generó como pensamiento alternativo: concentrarse en autoinstrucciones de relajación.

Para el pensamiento:

- Pensar que no va a poder realizar todas las actividades que desearía; cuando ocurría estando en la tienda, debía pensar: *¡haré lo que pueda, si no me da tiempo tampoco pasa nada!*

Quinto paso: se entrena en imaginación sobre un pensamiento neutro

Para entrenar a la cliente en la técnica, se eligió un pensamiento neutro. En concreto, se le pidió que se imaginara que estaba viendo la televisión, y en ese momento se acuerda del último día en que salió con el marido a dar un paseo. Las siguientes son las instrucciones verbales que se le dieron como demostración de la técnica.

- **El cliente visualiza la escena desencadenante con los ojos cerrados y la relata en voz alta. El terapeuta dice la palabra potente (¡ALTO!), y da un golpe en la mesa.**

T: *Ahora siéntate, relájate, y cierra los ojos. Ahora imagínate que estás en el salón de tu casa viendo la televisión. En ese momento recuerdas la última vez que estabas en el paseo marítimo, dando una vuelta con tu marido. Quiero que cuando yo diga «vamos», pienses deliberadamente, y digas en voz alta, el pensamiento: «Hacía una tarde horrible». ¿Has entendido las instrucciones? Muy bien. Ponte cómoda. Relájate. ¿Estás preparada? Vamos.*

(...)

C: *Hacía una...*

T: *¡ALTO! ¿Has interrumpido el pensamiento? ¿Has cortado tus pensamientos justo cuando he pronunciado la palabra?*

C: *Sí, he interrumpido el pensamiento.*

- **El cliente visualiza y se dice la escena subvocalmente, y el terapeuta le dice ¡ALTO!**

Se le dieron de nuevo instrucciones para que se imaginara la situación en que aparecía el pensamiento perturbador, y a continuación se le pidió lo siguiente:

T: *Quiero que deliberadamente pienses y te digas para ti misma: «Hacía una tarde horrible». Tan pronto como comiences ese pensamiento con las palabras, «Hacía una», señálame lo levantando tu dedo índice de la mano derecha. ¿Has comprendido las instrucciones? Bien. Relájate. ¿Estás preparada? Vamos.*

Tan pronto como la cliente levanta su dedo, el terapeuta le grita en voz fuerte, ¡ALTO!

- **El cliente visualiza y se dice la escena subvocalmente, y también se dice: ¡ALTO!**

T: *Voy a pedirte de nuevo que cierres los ojos, pero esta vez no voy a gritar «alto». Cuando comiences ese pensamiento, intenta imaginar tan bien como puedas, e intenta oírte a ti misma gritando «alto» muy fuerte. Repite la práctica hasta que puedas hacerlo tan claro y fuerte como sea posible. En ese momento, abre los ojos.*

Cuando la cliente abre sus ojos, se le pregunta si su imaginación de la palabra ¡alto! fue suficientemente clara y fuerte para interrumpir su pensamiento.

- **El cliente visualiza y se dice la escena subvocalmente, se dice ¡ALTO! y aplica el pensamiento alternativo.**

Se repite de nuevo la práctica anterior, pidiéndole esta vez que piense un pensamiento alternativo tras parar el pensamiento perturbador. En esta ocasión, el pensamiento que decidió utilizar fue: *Voy a concentrarme en ver la televisión.*

Sexto paso: se aplican los pasos anteriores sobre cada uno de los pensamientos perturbadores

Una vez entrenados todos los pasos del procedimiento sobre el pensamiento neutro, se aplicó uno a uno sobre los pensamientos obsesivos, ordenados de menor a mayor grado de preocupación. El procedimiento en la mayoría de las ocasiones no requería todos los pasos, aplicándose habitualmente como sigue.

- Se le pedía a la cliente que se centrara en el pensamiento obsesivo. El terapeuta entonces decía ¡ALTO! de forma repentina. A continuación, se le pedía a la cliente que dijera si el pensamiento había cesado. Después de varios ensayos en los que se mostraba a la cliente la efectividad del procedimiento, se realizaba lo siguiente:
- Se le instruía a decir ¡ALTO! mientras se ocupaba de mantener el pensamiento obsesivo. De nuevo, se le preguntaba si el pensamiento había cesado.
- Después de varios ensayos, la autoinstrucción ¡ALTO! sólo se mantenía en silencio por parte de la cliente.

Séptimo paso: se le pide que practique en numerosas ocasiones hasta que se automatice la práctica

Se pidió a la cliente que aplicara la técnica deliberadamente una vez al día sobre alguno de los pensamientos perturbadores. Se elegían tres situaciones posibles en que pudiera aparecer cada pensamiento para que la cliente imaginara la detención del mismo en cada una de ellas. La planificación de tareas fue, durante las semanas de intervención, como sigue:

- Viernes, sábado y domingo: primera situación.
- Lunes y martes: segunda situación.
- Miércoles y jueves: tercera situación.

Por otra parte, también debía realizar la detención del pensamiento en las ocasiones en que los pensamientos perturbadores aparecieran de forma espontánea. Se le recordó que, con el uso de la detención del pensamiento, los pensamientos objetivo irían ocurriendo cada vez con menos frecuencia hasta que finalmente desaparecerían. Para ir comprobando este efecto, durante todo el tratamiento la cliente continuó registrando todos los pensamientos de preocupación que aparecieron.

Después de haber practicado con cada uno de los pensamientos perturbadores, la cliente informó de que éstos no volvieron a producirse.

Problemas surgidos en la aplicación de la técnica

- Al producirse el problema de que la cliente volvía frecuentemente al pensamiento perturbador, se le dieron las siguientes estrategias correspondientes al punto 5 del apartado «Estrategias de solución a los problemas anteriores». Así, se le pidió que se concentrara en ese momento en la actividad que estuviera realizando, y se diseñaron específicamente las siguientes:
 - Si se producía al encontrarse en la cama, tal como dijimos anteriormente, debía centrarse en la práctica de la relajación.
 - Si se producía al hacer las tareas domésticas, junto a la realización de la actividad debía concentrarse en escuchar la radio.
 - Si le ocurría al pasear o estando en la tienda, debía hablar de otro tema con la persona con la que estuviera en ese momento.

Capítulo 7

Técnicas dirigidas al cambio de las cogniciones

Carmen Rodríguez-Naranjo

7.1. TERAPIA COGNITIVA

Definición

En este apartado nos referimos a la aproximación de «terapia cognitiva» elaborada por Beck (TC, en adelante), si bien incluimos también (con referencia explícita de ello) alguna otra estrategia perteneciente a la categoría mucho más amplia de la intervención cognitiva. La TC se dirige a identificar, someter a prueba de realidad y sustituir los pensamientos distorsionados, las creencias irracionales (esquemas) y los procesos que subyacen a dichas creencias (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983).¹ Es importante revisar las características del cliente previo a la iniciación de la TC para establecer una conexión adecuada entre las necesidades, debilidades y recursos del cliente, y la forma concreta de llevar a cabo la terapia. En este sentido, los terapeutas deben establecer claramente las metas terapéuticas fuera del contexto de las sesiones y trabajar consistentemente en cada sesión para la consecución de las mismas.

Pasos para su aplicación

La TC incluye siete pasos (o mejor, fases) que, si bien habitualmente se llevan a cabo en la secuencia que se presenta a continuación, no funcionan como categorías temporal o conceptualmente discretas:

- 1. Estrategias de activación conductual, asignándose la realización de tareas conductuales (tareas para casa) dirigidas al incremento de la actividad.**

Este paso se lleva a cabo en casos de depresión grave, es decir, cuando se produce una inhibición conductual elevada. Por ello, con gran frecuencia se entrena previamente a los

1. Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983), *Terapia cognitiva de la depresión*, Desclée de Brouwer, Bilbao.

clientes en la autoobservación de su estado de ánimo y de las actividades que realizan con objeto de poder evaluar la gravedad del estado depresivo, y la necesidad de comenzar, o no, con esta fase.

En el caso en que sea necesario, comenzar la intervención planificando con el cliente la realización diaria de actividades sirve fundamentalmente para conseguir unos mínimos de funcionamiento que proporcionen al sujeto una retroalimentación positiva sobre sí mismo, lo cual sirve tanto para disminuir el propio ánimo depresivo como para rebatir las ideas de incapacidad. Para que la realización de las actividades programadas sea efectiva, se debe estructurar del siguiente modo:

- Previo a la tarea:
 - El terapeuta debe proporcionar una explicación creíble de que realizar respuestas de afrontamiento reducirá la depresión.
 - Las tareas deben ser sencillas, estructurándolas en pasos manejables que puedan ser realizados uno a uno. Se anticipan posibles obstáculos y se formulan soluciones.
 - Se facilita su realización mediante la práctica preparatoria en la sesión, los ensayos cognitivos, autoinstrucciones (si se producen pensamientos inhibitorios) y el uso de estrategias de control estimular (véase apartado 3.3).
 - Sólo se ha de fijar en terapia lo que se va a hacer sin considerar el rendimiento que se obtenga.
 - En lo posible, debe tratarse de actividades gratificantes y que puedan reportar un sentido de eficacia personal.
 - También, en lo posible, deben ser generadas por el propio cliente.
 - Se pide a los clientes que registren tanto las actividades como el «dominio» y el «agrado» (0 a 5 o 0 a 10) que experimentan al realizarlas.
 - Se considera la realización de la conducta particular como un experimento diseñado para probar la validez de la predicción específica. (*¿Cómo crees que sería tu ánimo después de que intentarás realizar la conducta planificada?...*)¹
- Tras realizar la tarea, el terapeuta debe proporcionar retroalimentación sobre los efectos de realizar estas acciones de afrontamiento del siguiente modo:
 - Se conceptualiza como éxito su realización, centrándose sobre el incremento del estado de ánimo si éste se produce. (*Cuando lo hiciste, ¿te sentiste un poco mejor?...*)
 - La realización de las tareas se puede utilizar para poner a prueba la precisión de las creencias del cliente, fundamentalmente las ideas de incapacidad (por ejemplo, *el otro día decías que tu incapacidad se muestra en que no puedes hacer nada, ¿cómo se explica entonces que pudieras realizar la tarea que planificamos?...*).² Se muestra al sujeto que la clave para tener la capacidad de ser efectivo consiste en seleccionar estrategias de actuación más efectivas.
 - Se debe controlar el criterio de comparación que utiliza el sujeto para evaluar su conducta, facilitando el comparar con ayer mismo, no con el tiempo en que todavía no estaba deprimido. De este modo se va flexibilizando la tendencia a mantener el pensamiento dicotómico («todo o nada») que caracteriza a los sujetos depresivos.

1. Esta estrategia puede ser claramente inconveniente en aquellos casos en que se perciba en el sujeto la actitud de demostrar que su problema no tiene remedio. Véanse los apartados «Posibles problemas en la aplicación de los pasos» y «Estrategias de solución...», donde se trata directamente este punto.

2. La «prueba de realidad» que se pone aquí de manifiesto es una estrategia común a muchas intervenciones conductuales.

A partir de lo anterior se va planificando el incremento gradual de las actividades que realiza el sujeto, considerando el sentido de autoeficacia y el nivel de agrado que le producen para su planificación y, así, incrementar su motivación hacia las mismas (al anticipar consecuencias positivas).

Por último, en este primer momento de la terapia se debe tomar la decisión de si el cliente necesita tomar medicación.

2. Se proporciona una explicación cognitiva del malestar emocional. Este paso se lleva a cabo paralelamente al paso (1), si éste tuviera lugar.

Siempre es importante elicitar el grado de comprensión que el cliente tiene de sus problemas y las expectativas concernientes a la terapia. Para aumentar ambas, se le describe el modelo cognitivo del malestar emocional, en qué consiste la depresión y los elementos fundamentales de la terapia.

El terapeuta explica a los clientes la importancia que tienen los pensamientos negativos en el malestar emocional y la conducta (las evaluaciones y creencias median de una forma fundamental las consecuencias afectivas y conductuales que se producen en respuesta a una situación o circunstancia determinada). A partir de ello, el círculo vicioso depresivo consiste en que si uno se siente mal, baja el rendimiento, lo cual proporciona una retroalimentación negativa que incrementa las cogniciones negativas, las cuales a su vez mantienen el malestar. Es muy importante explicar estos procesos y, si es posible, al principio mediante ejemplos ajenos a la propia situación que afecta al sujeto. (Por ejemplo, *una persona que se encuentra durante un buen tiempo sin trabajo puede generar la creencia de que es incompetente, considerando su experiencia como evidencia de ello. Pues bien, ¿qué es posible que vaya ocurriendo a continuación?*). El objetivo fundamental que se persigue al ofrecer la hipótesis explicativa del problema es disminuir la autoculpabilización, facilitando a su vez una percepción de mayor controlabilidad sobre las reacciones depresivas. Esta explicación permite, además, que la persona entienda el sentido de la terapia, dirigida a «poner a prueba» sus pensamientos y, así, poder ser realmente objetivos.

En aquellos casos en que existen situaciones vitales que desencadenan, o al menos que aparecen asociadas a las reacciones depresivas (por ejemplo, violación, maltrato, abusos sexuales, problemas matrimoniales o de pareja, separación matrimonial, problemas de relación con los hijos o la familia, etc.), es fundamental que el terapeuta ofrezca en las sesiones iniciales una conceptualización alternativa de cómo el cliente ha llegado al punto de necesitar terapia, frente a la «hipótesis» del cliente. En cualquier caso, esta reconceptualización no se presenta como un hecho, sino meramente como una hipótesis. En este momento de la terapia, no sabemos todavía realmente si nuestra hipótesis es apropiada, conformándonos con que el cliente piense que existen múltiples modelos posibles que han de ser evaluados.

Por ejemplo, si se trata de una depresión reactiva a una violación, se debe explicar al sujeto que cuando se produce una violación, lo habitual es que surjan sentimientos de culpa asociados al natural ánimo bajo. A su vez, el ánimo bajo lleva inexorablemente a funcionar y rendir peor, menos eficazmente, lo cual proporciona una retroalimentación negativa que incrementa los sentimientos de culpa. Otro ejemplo de círculo vicioso depresivo lo tenemos cuando se produce la muerte de un ser querido como situación desencadenante de una depresión. Este suceso genera ánimo bajo, el cual lleva de nuevo a una inexorable disminución del rendimiento del sujeto, la cual le proporciona una retroalimentación negativa que hace bajar aún más el ánimo.

En definitiva, cuando existe una situación concreta que desencadena la depresión, el objetivo que se persigue al principio de la terapia es el de generar un pensamiento más realista sobre la misma, redefiniéndola y reevaluándola con otras implicaciones menos negativas para el sujeto. En este tipo de casos, a veces es necesario realizar una terapia paralela (por ejemplo, terapia de parejas).

3. Identificación y registro diario de los pensamientos automáticos (e imágenes) disfuncionales que generan afectos negativos.

- Se define «cognición» y «pensamiento automático», incluyendo las imágenes o representaciones visuales que generan y mantienen el afecto disfórico. Se demuestra su existencia sobre ejemplos recientes.
- Se utiliza el siguiente autorregistro (ilustrado con un ejemplo) como tarea para casa:

FECHA	SITUACIÓN	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	EMOCIONES	CONDUCTA
5 - 12	Fiesta	¿Por qué estoy sintiéndome mal?	Lágrimas, tristeza	Me voy a casa

Para facilitar el autorregistro de las cogniciones, se pide al cliente que se centre en:

- Los momentos en que experimenta sentimientos negativos; y si éstos son constantes, los momentos en que se encuentra peor.
- Determinados temas o contenidos (por ejemplo, ideas de rechazo).
- Identificar situaciones ambientales relacionadas con la depresión.

El terapeuta debe reforzarlos por identificar y registrar sus pensamientos negativos automáticos.

- Cuando los clientes presentan dificultades para identificar los pensamientos, se facilita evocando en consulta los momentos, situaciones o estados emocionales en que éstos se han producido.

En este momento de la terapia, el terapeuta no debe proceder todavía a argumentar la veracidad o razonabilidad de los pensamientos negativos. Como mucho, mediante el autorregistro se proporciona una retroalimentación objetiva, es decir, se facilita que el sujeto vaya diferenciando la realidad de lo que él mismo percibe como realidad.

Por último, si el caso así lo requiere, el examen de estos pensamientos permite ir explorando las creencias subyacentes que predisponen al sujeto a la tristeza o depresión excesivas. En definitiva, para realizar adecuadamente la terapia cognitiva, se debe evaluar la presencia de:

- Pensamientos automáticos de autoderrota.
- Distorsiones cognitivas, fundamentalmente atribuciones causales depresivas (internas, estables y globales sobre los resultados negativos) asociadas a ideas de culpabilidad. También se incluyen las tendencias a realizar una distorsión negativa de la realidad (por ejemplo, fijarse sólo en lo negativo de los acontecimientos).
- Creencias irracionales: esquemas y conclusiones negativas sobre sí mismo (por ejemplo, que una mujer deriva de la separación matrimonial).

4. Cuestionamiento y puesta a prueba de las cogniciones negativas.

Conforme se van identificando las cogniciones negativas, se anima al cliente a poner a prueba su validez a través de un proceso denominado «prueba de realidad». Es decir, se toman los pensamientos negativos del sujeto como si fuesen hipótesis (se confronta con la realidad si lo que piensa, por ejemplo, *soy un inútil*, es cierto o no). Así, el terapeuta nunca dice al sujeto que está equivocado. Por el contrario, se utilizan las siguientes estrategias:

- El terapeuta recoge información con la intención de evaluar las evidencias en la historia anterior que corroboren o no cada uno de los pensamientos, creencias o suposiciones que se pretenden modificar.
- Mediante tareas para casa, se realizan «experimentos» para poner a prueba la validez de los pensamientos negativos. Se formulan como hipótesis concretas que se van a comprobar.

Estas estrategias sirven para responder a la pregunta clave: ¿Qué evidencia existe para mantener esos pensamientos?

- Reatribución del «fracaso» (por ejemplo, al haber suspendido un examen), de tal modo que en lugar de atribuirlo a una única causa, el cliente explore y considere otras causas posibles (en el ejemplo, en vez de estar causado porque *soy un inútil*, puede estar causado porque *he estudiado poco*, o *el examen ha sido muy difícil*, etc.). Para ello, el terapeuta puede hacer uso de la tormenta de ideas. Las atribuciones de culpabilidad son frecuentes tras situaciones en las que se han producido relaciones difíciles, separación o divorcio. No hay que olvidar que si el terapeuta tomara una posición de total apoyo, *no fue culpa tuya, él no te merece, estarás mejor sin él*, etc., estaría actuando como los amigos y la familia del sujeto, y éste consideraría que el terapeuta no comprende su posición. Por otra parte, se muestra en muchas ocasiones a los clientes que «no son el centro del universo» en cuanto al impacto que producen en los demás. (Por ejemplo, una persona puede comportarse de forma fría con el cliente por su propia dificultad para mostrarse cálido y cercano en las relaciones con los demás).

Mediante esta estrategia se está respondiendo a las preguntas-clave: ¿Qué otras causas hay que puedan explicar ese hecho? o ¿Existen otras interpretaciones alternativas posibles? o ¿Soy totalmente culpable de ese hecho?. Cuando se produce una variedad de interpretaciones posibles sobre las situaciones-problema, es necesario volver de nuevo a la cuestión de la «evidencia» para elegir, entre las explicaciones competitivas, aquellas con mayor verosimilitud.

- Se utilizan los autorregistros de pensamientos negativos como herramienta básica de la terapia cognitiva:

SITUACIÓN	EMOCIÓN(ES) (0 a 100)	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTA RACIONAL (INTERPRETACIONES ALTERNATIVAS)	RESULTADO
-----------	--------------------------	-----------------------------	--	-----------

Cuando se comienza a reestructurar, se pide al sujeto que utilice el autorregistro para realizar por sí mismo el análisis de los pensamientos negativos que se lleva a cabo en la sesión de terapia. Para ello, resulta de fundamental importancia la columna denominada

«respuesta racional», ya que sirve para mostrar al sujeto cómo el pensamiento automático habitualmente no es más que una interpretación que hace del suceso recogido en la columna «situación». Así, en la columna de «respuesta racional» el sujeto ha de recoger otras causas alternativas para dicho suceso (al menos una), lo que en muchos casos sirve para aprender a repartir la responsabilidad. Además, el análisis reflejado en esta columna resulta de gran utilidad para el «resultado» que el sujeto deduzca de la situación. En esta última columna, el sujeto debe evaluar las opciones disponibles. Por último, el escalamiento de los sentimientos que se realiza en la columna «Emoción(es) (0 a 100)» puede forzar a los clientes a utilizar la estrategia de ganar en distancia y perspectiva para poder llevar a cabo dicha evaluación.

Como ejemplo de análisis de los pensamientos negativos, supongamos que un sujeto trae a consulta la siguiente frase en el autorregistro: *nadie me llama porque nadie me quiere y, por lo tanto, pasaré una noche fatal*. Desmenuzando esta idea en sus diferentes partes, se puede hacer el siguiente análisis:

- Nadie me llama - buscar evidencia;
- porque nadie me quiere - buscar otras explicaciones;
- por lo tanto, pasaré una noche fatal - las dos afirmaciones anteriores le llevan a la inhibición conductual. Si considera otras explicaciones alternativas, eso le permite llegar a un «resultado» diferente (éste es el uso que tiene esta columna del autorregistro).

- En algunas ocasiones se evalúa la utilidad de los pensamientos que mantiene el sujeto. Cuando el sujeto se aferra a algún(os) pensamiento(s) negativo(s) o conducta es necesario evaluar las ganancias secundarias que obtiene para, así, controlarlas, y hacerle ver de una forma prospectiva las ventajas y desventajas de su mantenimiento para que pueda hacer un balance y gane en perspectiva. En definitiva, se trata de distanciar al sujeto de su creencia de tal modo que pueda llegar a considerarla, en la medida de lo posible, como una elección.
- Por último, otra estrategia consiste en analizar la diferencia de criterios que emplea el sujeto para evaluarse a sí mismo y para evaluar a los demás.

5. **Se continúan detectando y rebatiendo los supuestos básicos (creencias generales inadecuadas y/o las conclusiones que se derivan de las cogniciones desadaptativas).** Este paso sólo se lleva a cabo en aquellos casos en que se detecte, bien que dichos supuestos están manteniendo el ánimo disfórico, bien que predispongan al cliente al sufrimiento de recaídas.

A diferencia de los pensamientos automáticos, los supuestos subyacentes raramente emergen espontáneamente en el «flujo de la conciencia». Por el contrario, el terapeuta debe identificarlos como principios que rigen los pensamientos negativos y las reacciones del cliente ante diversas situaciones, para así poder rebatirlos. Por ejemplo, se debe rebatir el supuesto *no puedo vivir sin un hombre* si éste sirve como desencadenante de las reacciones depresivas:

T: *¿Es que acaso contabas realmente con el apoyo de un hombre?*

(...)

T: *Estos dos meses que llevas separada, ¿qué ha ocurrido en tu familia y en ti que haya mostrado realmente la necesidad de que haya un hombre?*

Existen distintas formas de cambiar las creencias existentes:

- Mediante la desconfirmación de las creencias haciendo uso de evidencia explícita para ello (tal como aparece en el ejemplo). Frecuentemente, para obtener dicha evidencia es necesario hacer preguntas del tipo: *¿puedes darme un ejemplo?, ¿qué significa esa idea para ti?* En definitiva, se buscan los medios necesarios para poder formular convenientemente la cuestión, *¿cuál es la evidencia que existe para mantener esa creencia?* Junto a ello, de nuevo juega un papel fundamental cuando se persigue este objetivo la *puesta a prueba de hipótesis*.
- Proporcionando una conceptualización alternativa de la evidencia existente (por ejemplo, *si bien es cierto que tu marido se ha ido de casa, ¿cómo se deduce directamente de ello que se debe a tu incapacidad como esposa?*).
- Facilitando la toma de conciencia en torno a los procesos concretos que le han llevado a una creencia.

El último punto aparece reflejado en la formulación de las autoexigencias irracionales (por ejemplo, *necesito un hombre en el que apoyarme*) que se formulan algunos sujetos, cuya discusión se lleva frecuentemente a cabo empleando una serie de preguntas que han sido propuestas por Ellis en su Terapia Racional Emotiva. Por ejemplo, cuando alguien tiene ideas de perfeccionismo («tiene que hacerlo todo bien»), se formularía del siguiente modo:

- *¿por qué has de hacerlo todo bien?*
- *¿dónde está escrito que hay que hacerlo todo bien?*

(llevarle a la conclusión lógica: Nadie puede hacerlo todo bien. Nadie es perfecto, si es que es humano);

- *¿conoces a alguien que sea perfecto, que lo haga todo bien?*

(llevarle a la conclusión de que las ideas de perfeccionismo, es decir, exigir continuamente la perfección, dado que ser perfecto es imposible, sólo pueden llevar a la continua frustración).

- Otra estrategia que se utiliza con frecuencia es la de llevar una creencia particular a su extremo para facilitar que el sujeto se mueva de su posición.
- En otros casos, el terapeuta toma la posición de la voz disfuncional (es decir, dice lo que el cliente se suele decir a sí mismo) con el objetivo de que éste pueda adquirir práctica en la respuesta adaptativa. Así, cuando las voces son externas, tanto el cliente como el terapeuta se encuentran en una mejor posición para enfrentarse a ellas de diferentes formas.
- Por último, otra estrategia consiste en animar al cliente a explorar las consecuencias o implicaciones *realistas* de una creencia que podría tener algún elemento de verdad. Para ello, es importante que el terapeuta evalúe previamente si lo que teme el sujeto es en verdad una situación catastrófica, o si realmente no lo es. Si se concluye que las consecuencias probables son verdaderamente importantes e indeseables, la tarea del terapeuta pasa a ser la de ayudar al cliente a considerar cómo puede afrontarlas.

6. Se realiza un entrenamiento en habilidades conductuales de afrontamiento. Este paso sólo se lleva a cabo si es necesario, es decir, cuando los pensamientos negativos del sujeto se encuentren generados por una deficiencia real de habilidades específicas.

En estos casos, el terapeuta le ayuda a ganar las habilidades necesarias para afrontar de forma competente esas situaciones, en particular las de interacción social. Por tanto, el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad (véase apartado 5.2), y el entrenamiento en comunicación, puede ser en muchos casos una parte esencial de la terapia.

Ejemplos de otros tipos de entrenamiento en habilidades conductuales pueden ser: planificación del uso del tiempo para la consecución de objetivos vitales a corto y largo plazo, organizar los registros financieros, entrenamiento en técnicas de estudio, etc.

7. Preparación para el final de la terapia y la prevención de recaídas.

La estrategia fundamental que se utiliza para preparar al cliente para el final de la terapia es la de prevenir sus posibles reacciones disfuncionales ante situaciones propiciadoras de ansiedad y malestar. Podemos decir que más que «curar» la depresión, el terapeuta cognitivo enseña al cliente a adquirir una serie de estrategias para el afrontamiento de las actuales y futuras exigencias de la vida, de tal modo que llegue a ser su propio terapeuta cognitivo.

Posibles problemas en la aplicación de los pasos

1. El cliente muestra ideas de suicidio (que pueden variar de leves –*la vida no merece la pena*– a graves, con un plan específico para el suicidio).
2. Se percibe en el cliente una actitud dirigida a mostrar que nada funciona con él.
3. En el primer paso, el sujeto acude a la consulta sin haber realizado las tareas, sintiéndose por ello culpable y más deprimido.
4. El sujeto no realiza las tareas para casa que son gratificantes por considerar que no merece realizar actividades agradables al no haber conseguido todavía logros.
5. El cliente cumple con las tareas, pero tras algún tiempo continúa haciéndolas sin ganas y sintiendo muy pocas fuerzas para ello.
6. El cliente se resiste activa o pasivamente a colaborar en el cuestionamiento o desafío de sus pensamientos negativos y/o creencias.
7. El cliente realiza interpretaciones falsas sobre las actuaciones y/o comentarios del terapeuta (por ejemplo, el cliente puede persistir en calificar las actuaciones del terapeuta como despreocupadas hacia el cliente).
8. Se repiten las ideas negativas sin que el cliente lo desee, tras haber sido trabajadas en consulta.
9. El cliente genera «interpretaciones alternativas» en el autorregistro terapéutico, pero lo hace de forma automática sin creer realmente en ellas.
10. El desafío sistemático de las creencias del cliente refuerza sus nociones implícitas de que piensa de forma equivocada o que es inadecuado.
11. Alguna circunstancia vital produce un empeoramiento en el estado afectivo del sujeto y, paralelamente, en el contenido negativo de sus pensamientos.
12. La terapia parece no progresar tan rápidamente como «debería».
13. El cliente presenta una gran agitación y/o ansiedad.

Estrategias de solución para los problemas anteriores

1. Actuar directamente sobre las ideas de suicidio (en lo cual no nos detenemos aquí por no ser el objeto de este apartado) previo a, y durante, la terapia cognitiva. El lector puede encontrar una referencia útil para la intervención en estos casos en el libro de Beck y cols. (1983).¹

1. *Op. cit.*

2. En estos casos, se debe tener cuidado en la forma en que se planifiquen las tareas de tal modo que no puedan servir para confirmar las ideas del cliente sobre la inutilidad de él mismo, o de la terapia. Para ello, es fundamental no formular predicciones (por ejemplo, sobre la subida del ánimo que puede generar la realización de una tarea), centrándose por el contrario en el resultado (*parece haber funcionado, ¿no?*).
3. Hay que desculpabilizarle de forma rápida y firme. Para ello, lo mejor es preverlo en consulta estableciendo que podría ser que no tuviera fuerzas para hacerlas y que en ese caso no pasaría nada, ya que lleva ya un tiempo deprimido y, por consiguiente, una semana más no tiene en sí importancia sirviendo, por el contrario, para analizar dónde han surgido las dificultades.
4. Programarlas como tareas estrictamente terapéuticas («por prescripción facultativa»), analizando si su no realización ha sido útil para mejorar la situación. Explicar al sujeto que el cumplimiento gradual de tareas reforzantes será un índice de progreso en el tratamiento, lo que permitirá planificar la realización de otro tipo de actividades más relacionadas con la obligación. En definitiva, el terapeuta ha de ser directivo mostrando seguridad en su planificación.
5. Se revisa la evaluación con objeto de comprobar si es la falta de circunstancias o actividades reforzantes (que generen satisfacción al cliente) la causante directa del malestar emocional. En ese caso, se pasaría a producir un incremento de las mismas previo o paralelamente a la reestructuración cognitiva.
6. Se pueden proponer pequeños cambios de conducta que, si bien se busca que no supongan un desafío a las creencias del sujeto, puedan ir facilitando una mayor flexibilidad de pensamiento.
7. El terapeuta actúa con esas interpretaciones del mismo modo que con los restantes pensamientos: trabaja con el cliente para recoger datos y buscar visiones alternativas de la situación.
8. Si se trata de un problema de control de los hábitos de pensamiento, se puede entrenar al sujeto en detención del pensamiento (véase apartado 6.2).
9. Se le puede pedir que evalúe en el propio autorregistro la credibilidad en las interpretaciones (o respuestas racionales) alternativas (de 0 a 10). Esto sirve para cambiar el pensamiento dicotómico (creer totalmente *versus* en absoluto). A continuación, se pide al cliente que realice un experimento: que tome la nueva creencia y la intente aplicar a su vida. Se le anima a que utilice las nuevas creencias todo lo contingente que sea posible al momento en que ocurre el pensamiento automático.
10. Implicar al cliente de forma muy activa en el desafío a las creencias (*¿cómo sabes que...?*) en lugar de sugerir directamente las interpretaciones alternativas, prestando una atención especial en no sólo cuestionar, sino también afirmar creencias.
11. Si se prevé que el efecto de la experiencia se va a mantener durante un tiempo breve, se espera dicho tiempo para continuar con la terapia. Si esto no es posible por prever un efecto más duradero, se realiza el mismo tipo de análisis que con el resto de circunstancias.
12. En primer lugar, el terapeuta debe analizar las causas de que la terapia se alargue, o que se produzcan retrocesos, y explicárselo al cliente.¹ Si se mantiene la hipóte-

1. La explicación que se da al cliente depresivo, si bien debe ser realista en cuanto a la existencia de retrocesos y la duración del tratamiento, debe focalizarse siempre en los recursos existentes para afrontar y solucionar los problemas.

sis de que la forma de llevar a cabo el tratamiento es la adecuada, tanto el cliente como el terapeuta deben tener presente que han de anticiparse «subidas» y «bajadas» a lo largo del tratamiento. Es importante que los terapeutas tengan presente que algunos clientes progresan más lentamente que otros.

13. Estos clientes pueden beneficiarse del entrenamiento en relajación.

Características del terapeuta

- Ser muy directivo, tanto para proponer actividades como para sugerir hipótesis y facilitar la generación de interpretaciones alternativas.
- Aplicar la terapia cognitiva requiere que el terapeuta sea capaz de actuar sin prejuizar las cogniciones del sujeto, y sea además capaz de mostrárselo.
- Cuando el cliente se encuentra gravemente deprimido, el terapeuta debe aportar la energía necesaria para que la sesión sea productiva.
- Ser capaz de identificar el momento en que el estado emocional del cliente le permite mantener el nivel suficiente de razonamiento para pensar en la(s) «respuesta(s) racional(es)».
- Establecer una buena relación empática y de colaboración con el cliente, sin dejar de ser firme por ello.
- El terapeuta debe tener credibilidad para el cliente.

Características del cliente

- Capacidad para identificar los pensamientos negativos intrusivos.
- Capacidad para tomar conciencia de sus fluctuaciones emocionales.
- Capacidad para trabajar como colaborador activo del terapeuta en la identificación de los problemas, el diseño y la ejecución de tareas para la puesta a prueba de hipótesis específicas, y el reanálisis de las creencias.

Otros ámbitos de aplicación

En los ámbitos que se exponen a continuación se emplea una amalgama de estrategias de tratamiento seleccionadas tanto de la terapia cognitiva como conductual. No obstante, se incluyen aquí por el valor que tiene el uso de algunas de las estrategias de la TC en el tratamiento de estos problemas.

- Para incrementar la autoestima de los clientes.
- Para reducir la dependencia emocional asociada a las deficiencias de asertividad.
- Para el tratamiento de muchos clientes con dolor crónico.
- En muchos casos en que la ansiedad excesiva aparece mediada por factores cognitivos (fundamentalmente, el procesamiento selectivo de estímulos amenazantes).
- Para la aceptación de las incapacidades y la modificación de los patrones de pensamiento distorsionado que caracterizan a los sujetos con enfermedades orgánicas.
- Los principios de la TC se han adaptado para el tratamiento de los síntomas psicóticos (Beck, Freeman y otros, 1995).¹

1. Beck, A. T., Freeman, A., y otros (1995), *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*, Paidós, Barcelona.

- Esta forma de terapia se emplea también en grupo para la prevención de la depresión. Se presenta a continuación el esquema de una sesión típica de terapia cognitiva en grupo (Rodríguez-Naranjo, Gavino y Esteve, 1994).¹
 1. Comentar el trabajo realizado en la sesión anterior y revisión de las tareas.
 2. Determinar las situaciones-objetivo a tratar.
 3. Determinar las cogniciones más frecuentes que los sujetos depresivos formulan en dichas situaciones.
 4. Realizar una discusión en torno a las posibles interpretaciones alternativas.
 5. Discutir las conclusiones que se derivan de las cogniciones desadaptativas.
 6. Asignación de tareas para casa.
 7. Dedicar varios minutos antes de finalizar la sesión a revisar las metas y logros conseguidos en la misma.

Caso ilustrativo

Se trata de una mujer de 35 años, profesora de EGB, que vive con sus padres y una hermana. Acude a terapia por encontrarse deprimida. Siempre ha sido muy tímida, solitaria, no salía mucho. Conoció a un chico y empezó a salir, a ser sociable. Cuando él la dejó, reaccionó encerrándose en sí misma. Se sentía muy mal, fue al médico y le mandaron ansiolíticos y antidepresivos. A partir de ese momento empezó a sentir de nuevo ganas de vivir, disminuyendo sus sentimientos de culpabilidad. Posteriormente tuvo un accidente de tráfico en el cual estuvo cerca de morir, y que la obligó a permanecer un año hospitalizada. Después de esto empezó a trabajar y todo mejoró. Su lema era el de *hacer todo lo posible en el menor tiempo posible*, lo que interpreta como reacción a haber estado cerca de la muerte. Durante ese tiempo cometió muchas «locuras»: compras exageradísimas, amistades superficiales, un gran número de relaciones sexuales en poco tiempo...; en definitiva, vivir «a tope».

En el momento de acudir a la terapia, ha entrado de nuevo en el estado depresivo. Dice haberse dado cuenta de lo que ha hecho durante ese tiempo, y que desea cambiar de estilo de vida. Las entrevistas muestran que presenta una visión muy negativa de sí misma, costándole mucho esfuerzo realizar cualquier mínima actividad, física o intelectual. No presenta interés por ninguna actividad, pasando la mayor parte del tiempo sin hacer nada. Se encuentra de baja laboral y toma medicación antidepresiva.

Por todo ello, se decide aplicar la TC. Se postula la hipótesis de que una vez recuperado el ánimo pueden volver a aparecer las conductas que suponen el estilo de vida que quiere cambiar, y que además parecen estar propiciando una visión negativa de sí misma (atribuciones autoculpabilizadoras) y, por ende, una mayor vulnerabilidad a los episodios depresivos. Por ello, se decide que, en caso de producirse, se aplicarían las estrategias que fueran necesarias para que la cliente pudiera ejercer control sobre esas conductas.

Aplicación de la técnica

Primer paso: estrategias de activación conductual, asignándose la realización de tareas conductuales (tareas para casa) dirigidas al incremento de la actividad.

En este caso se comienza por la asignación de este tipo de tareas debido a que la cliente

1. Rodríguez-Naranjo, C., Gavino, A., y Esteve, R. (1994), *Técnicas de intervención en terapia de grupo*, Albatros, Valencia.

presenta una muy elevada inhibición conductual que hace incluso aconsejable una baja laboral.

Se le pedía que rellenara un autorregistro en el que constaran las actividades que realizaba a lo largo del día. Debía anotar también el Dominio y el Agrado que éstas le producían, graduados de 0 a 5. Para facilitar que lo llevara a cabo, se planificaron las dos ocasiones al día en que debía rellenarlo.

A continuación se presenta un ejemplo de autorregistro tras cuatro semanas de terapia:

DÍA Y HORA	ACTIVIDAD	DOMINIO (0 - 5)	AGRADO (0 - 5)
Domingo 18 9 - 12	Tras mucho pensarlo, levantarme. Después desayunar y llevar a mi hermana al aeropuerto.	2	3
12 - 14.30	Con X, novio de mi hermana. En casa de su primo, y luego de su hermana.	4	5
14.30 - 16	Vamos a almorzar a un restaurante con la familia de X.	5	5
16 - 20	En casa de la hermana de X, viendo la TV, con el niño y luego al supermercado, de compras y a merendar.	4	5
20 - 24	Vuelta a casa, cenar, ducharme, ver la TV y a la cama.	3	3

Estos autorregistros se discutían en consulta en lo relativo a la puntuación otorgada al dominio y al agrado que le suponía realizar las actividades. Esto llevaba a que la cliente reasignara en algunas ocasiones las puntuaciones otorgadas. Por otra parte, si el ánimo había subido al realizar las actividades (como ocurrió en relación al autorregistro anterior), se facilitaba que la cliente lo expresara con objeto de que recibiera una retroalimentación positiva sobre su conducta.

Por otra parte, se planificaba la realización de actividades que pudieran proporcionar un mejor estado de ánimo a la cliente, tanto por su valor reforzante directo como por permitirle obtener una retroalimentación positiva sobre su conducta. A continuación se presenta la planificación de actividades para un día llevada a cabo en una de las primeras sesiones de la terapia:

Levantarse a las 9.30 horas.
Al levantarse, beber agua (para adelgazar).
Ir al gimnasio.
Ir a la Delegación del MEC
Hacer algo de repostería.
Después de comer, arreglar la ropa para salir por la tarde.
Por la tarde: salida con una amiga. Hablar del trabajo.
Llamar a un(a) amigo(a) para salir el fin de semana.
Acudir a la consulta arreglada.

Se estableció como tarea ir al gimnasio tres días a la semana. Para ello, se planificó en consulta a qué gimnasio concreto iba a ir. El día antes que le correspondiera ir debía preparar el bolso para ello. Los días que no iba al gimnasio salía a esa hora a dar un paseo con el perro. En cuanto a *actividades reforzantes*, se planificaba semanalmente la realización de llamadas a los amigos –se establecía cuáles– y *salidas* al menos un día del fin de semana. También se programó que escuchara la radio y música cuando estuviera algún rato en casa sin hacer nada.

Para facilitar la realización de las tareas, se preparaban previamente en consulta:

- Debido a la presencia de pensamientos inhibitorios, se la entrenó en autoinstrucciones; por ejemplo para levantarse: *Es por mi bien. Voy a llegar a sentirme mejor haciendo este esfuerzo.*
- También para que se levantara por las mañanas, se utilizó como estrategia de control estimular poner un despertador lejos de la cama.

La cliente debía registrar diariamente la realización de las tareas programadas. Se reforzaban los esfuerzos que llevaba a cabo para su realización, encontrándose que iba disminuyendo la percepción negativa sobre sí misma. Si bien la primera semana se levantó algunos días más tarde de la hora prevista, se facilitó que lo interpretara como resultado de su todavía falta de entrenamiento para ello.

Conforme fue mejorando el estado anímico de la cliente, se fueron planificando otras actividades que ocuparan su tiempo libre, como eran la realización de cursillos sobre temas, académicos y no académicos (por ejemplo, estudio de idiomas), que eran de su interés.

Segundo paso: se proporciona una explicación cognitiva del malestar emocional

En las primeras sesiones, cuando la cliente comenzó a disminuir su inhibición conductual, se le explicó que su problema depresivo consistía en un círculo vicioso. Así, los pensamientos negativos le habían llevado a una disminución del ánimo, lo que a su vez hacía que disminuyera su actividad. Utilizando ejemplos de los autorregistros, se mostraba que la disminución de la actividad, el no tener fuerzas para hacerlas, era una consecuencia lógica del propio estado anímico depresivo. Y el no hacerlas no hacía sino incrementar los pensamientos negativos y el ánimo depresivo.

Además, se le mostraba cómo la observación de sus procesos de pensamiento revelaba que las interpretaciones idiosincrásicas y disfuncionales que realizaba de los acontecimientos vitales eran precipitadores importantes del ánimo negativo.

Tercer paso: identificación y registro diario de los pensamientos automáticos (e imágenes) disfuncionales que generan afectos negativos

Una vez incrementado el nivel de actividades, y paralelamente mejorado el rendimiento cognitivo de la cliente, se procedió a la detección más sistematizada de los pensamientos automáticos negativos.

Para ello, se pidió a la cliente que rellenara un modelo de autorregistro en el que debía recoger las situaciones en que se produjera una bajada del ánimo, anotando el tipo de emoción y los pensamientos que se producían en la misma. Dado que no detectaba pensamientos negativos concretos al encontrarse siempre más o menos del mismo ánimo, se le pedía que intentara identificar aquellos que se producían en los momentos en que se encontrara peor.

Un ejemplo de autorregistro que lleva a la consulta es el siguiente:

DÍA Y HORA	SITUACIÓN	ÁNIMO (0 a 10) (DESCRIBIR LA EMOCIÓN)	PENSAMIENTO
Sábado, 15-5-95, 17 h.	Esperando que viniera mi hermana a por mí. Cena de boda. Familia novio de mi hermana.	Después de vestirme, veo lo gorda que estoy y me deprimó un poco.	Es por mi culpa, por comer mucho y no hacer ejercicio. Me he abandonado un poco. Tengo que esforzarme para adelgazar y sentirme mejor.
Domingo, 16-5-95, 11 h.	Después de desayunar, al pensar en hacer el trabajo del colegio para el lunes.	Ansiedad. Nerviosismo. No sé cómo empezar el trabajo. 4-5	No voy a poder hacerlo bien. Por otra parte, lo único que puedo hacer es intentarlo lo mejor que pueda.
Lunes, 17-5-95, 12 h.	Antes y en la reunión del colegio.	Nerviosa, inquieta, no sabía muy bien lo que tendría que decir. 4-5	Me encuentro con dos compañeras de trabajo. Algo inquieta. Pensarán que si estoy aquí es que estoy bien.
Miércoles, 19-5-95, 16 h.	Llamar a X. No voy a la reunión.	Malestar. 2	Soy cobarde. Me da miedo de la gente. No encuentro qué ponerme.

Los autorregistros permitieron detectar los pensamientos negativos que mantenía la cliente. Además, en éstos surge la existencia de situaciones frecuentes en las que se veía influida por la opinión de otras personas, lo que mostraba la actitud general de necesitar la aceptación de los demás. La interpretación de una serie de situaciones del autorregistro mostró también la creencia general de que necesitaba interactuar con los demás de una forma «socialmente apropiada» para, así, ser aceptada.

Cuarto paso: cuestionamiento y puesta a prueba de las cogniciones negativas

Una vez identificadas en los autorregistros las áreas problemáticas significativas, se comenzaron a realizar análisis de los pensamientos negativos. Por un lado, se analizaban los pensamientos referentes a situaciones que ocurrían de forma no planeada y, por otro, los que se correspondían con las tareas para casa planificadas en la sesión (realización de experimentos para la prueba de realidad).

- La discusión en consulta en torno a los pensamientos negativos se vio complementada con el uso de autorregistros en los que debía generar pensamientos alternativos. A continuación se presenta un ejemplo:

SITUACIÓN	EMOCIÓN(ES) (0 a 100)	PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS	RESPUESTA RACIONAL (INTERPRETACIONES ALTERNATIVAS)	RESULTADO
«Me dicen: Lo has hecho regular.»	Malestar. 80	«Me ha criticado.»	«Simplemente me ha dado su opinión. Ella es siempre muy crítica.»	«Me siento más tranquila. Procuraré no darle tanta importancia a cualquier cosa que me diga.»

- Como puede verse en el autorregistro, una de las estrategias que se utilizaron fue pedir a la cliente que buscara otras explicaciones posibles para los acontecimientos ocurridos frente a las inicialmente inferidas.

En este caso, en cuanto mejoró el ánimo de la cliente y fueron desapareciendo casi totalmente los pensamientos negativos automáticos, se comenzó a realizar el paso siguiente de la terapia debido a que, tal como dijimos más arriba, el malestar se encontraba asociado a ideas y conclusiones generales negativas sobre sí misma.

Quinto paso: se continúan detectando y rebatiendo los supuestos básicos (creencias generales inadecuadas y/o las conclusiones que se derivan de las cogniciones desadaptativas)

- Para poner a prueba la *evidencia* de las cogniciones de la cliente, se la ayudó a definir claramente los términos *fracaso*, *estupidez* y *desesperación*. Por otra parte, se le pedía información y se realizaban pruebas para ver si sus ideas eran o no correctas. A continuación se presenta un ejemplo de ello:

C: *Y ahora... ahora estoy completamente sola.*

T: *¿Qué quieres decir con completamente sola?*

(La terapeuta hace esta pregunta para detectar los patrones de pensamiento subyacentes.)

C: *¡Yo no tengo a X (su antiguo novio)! La vida no puede significar nada sin él. Lo sigo queriendo mucho.*

T: *¿Qué es lo que quieres de él?*

C: *No lo sé. Creo que sigo viviendo para él, que deseaba ir superando esta depresión para tener posibilidades con él. Recuerdo tantos momentos buenos...*

T: *¿Qué ha ocurrido, desde entonces hasta ahora?*

C: *No lo sé. Supongo que he empezado a darme cuenta de que me mentía. Es como una pesadilla.*

T: *Tú dices que sigues necesitando a X. Pero dime, ¿te mostró X en alguna ocasión que te necesitara a ti?*

C: *Sí, lo hizo. Pero, en realidad, me siento estúpida por creerle.*

T: *¿Qué es, entonces, lo que has perdido?*

C: *Lo he perdido todo.*

T: *¿Qué quieres decir con «todo»?*

C: *Perdí a mi mejor amigo, alguien con quien hablar. Incluso aunque él no quisiera escucharme. ¿Qué más? He perdido la posibilidad de tener hijos. Apoyo, seguridad.*

T: *Supongamos, por un momento, que eso fuera cierto. De todo eso que dices, ¿qué es lo que te duele más?*

C: *El perderlo a él. He perdido todas mis esperanzas.*

T: *¿Qué esperanzas? ¿Qué cosas positivas podías realmente haber conseguido con él?...*

C (Silencio).

T: *¿No serán «otras» esperanzas? ¿Crees realmente que ya no vas a poder tener hijos, que nunca podrás llegar a tener apoyo en otra persona?*

C: *Supongo que pensando así no facilito mucho encontrar otro novio. Pero ¿quién podría quererme? Él me rechazó. A mí no me puede querer nadie.*

T: *¿Realmente crees eso? ¿Es X la máxima autoridad en ese tema?*

C: *No me hagas reír cuando estoy llorando.*

T: *X estuvo rompiendo promesas contigo durante meses y meses. Eso me dijiste el otro día, ¿no?*

C: *Sí, es cierto.*

T: *Y a pesar de eso, ¿consideras terrible que no te quiera? ¿Crees que realmente debería seguir afectándote tanto, que te siga haciendo sentir mal contigo misma? (La terapeuta pide a la cliente que vaya haciendo un listado de las cualidades buenas y malas de X, recogiénolas en una hoja dividida en dos columnas. Cuando la cliente finaliza la lista, la columna «mala» es el doble de larga que la columna «buena».)*

T: *¿Es el tipo de hombre con quien te gustaría compartir tu vida?*

C: *Realmente sonaba regular cuando las leíamos. Supongo que estoy llevando este asunto muy lejos. Y así me he llegado a encontrar.*

Si bien los autorregistros de pensamientos eran la herramienta fundamental para detectar y modificar creencias disfuncionales, se facilita en consulta el surgimiento de la expresada en el diálogo anterior debido a que al no relacionarse ya con el antiguo novio, no se propicia su aparición en el autorregistro.

- Por otra parte, las actitudes que se mencionaron más arriba que habían aparecido en los autorregistros –necesitar, en general, la aceptación de los demás, y necesitar, en particular, actuar de una forma «socialmente apropiada» para lograr dicha aceptación– fueron también discutidas en consulta. En concreto, se discutió la validez de la creencia rígida de la cliente de necesitar ser aceptada y las implicaciones que tenía el término «socialmente apropiado». Siempre que era posible, se le animaba a comprobar, o a poner a prueba, la validez de sus interpretaciones realizando «experimentos» fuera de la sesión de terapia.

A lo largo de las sesiones, se ayudaba a la cliente a comprender que la alteración de los procesos cognitivos requiere tiempo y práctica.

Sexto paso: se realiza un entrenamiento en habilidades conductuales de afrontamiento

Se realizó un *entrenamiento en asertividad* a la cliente (véase apartado 5.2) con objeto de proporcionarle habilidades que le permitieran afrontar las situaciones sociales con mayor eficacia, dado que éstas se asociaban frecuentemente con las emociones negativas (fundamentalmente, sentimientos de ineficacia personal). Mediante el juego de roles en consulta, se le entrenó en los componentes fundamentales de este tipo de conducta. Este entrenamiento se vio complementado con la planificación de las situaciones en que debía ponerlo en práctica (fundamentalmente en situaciones familiares, y ante las críticas) y el análisis del efecto de este tipo de conducta sobre su estado de ánimo.

Por otra parte, se le entrenó también en ejercer control sobre la ingesta alimenticia excesiva, si bien no fue necesario llevar a cabo un programa de autocontrol siendo suficiente la orientación (véase apartado 2.3), y el entrenamiento en relajación (dado que la ansiedad era una variable determinante importante para la conducta de comer en exceso).

Séptimo paso: preparación para el final de la terapia y la prevención de recaídas

En cuanto la cliente mejoró en su rendimiento cognitivo y comportamental, se le animó para que reanudara su trabajo. Este paso fue fundamental para mejorar la percepción de sí misma al normalizar su situación laboral.

En este caso, debido a la existencia de fases previas al estado depresivo, un elemento fundamental para la prevención de recaídas era el entrenamiento en el control de la conducta una vez que el ánimo había sido restablecido. Así, en cuanto que éste había mejorado, volvieron a aparecer las conductas de «lanzarse» que se habían producido en otros momentos, y que harían más probable una recaída en el ánimo depresivo. La herramienta terapéutica que se utilizó para ayudar a la cliente a controlar esas conductas fue el *auto-registro (autoobservación de la conducta)*, pidiéndole que anotara cada vez que percibía que «se lanza muy rápido». Los modelos de autorregistro eran los siguientes:

- Cuando notara aceleración:

DÍA Y HORA	QUÉ HAGO QUE PUEDE SUPONER ACELERACIÓN	RAZONES (MOTIVOS) PARA HACER ESA ACTIVIDAD
------------	--	--

Se la entrenó en autoinstrucciones para el control de este tipo de conductas cuando se disponía a llevarlas a cabo: «Me mantengo mejor a la espera. Debo pensarlo más». En aquellas ocasiones en que habiendo registrado la situación concluía que su comportamiento no era problemático debía señalarlo simplemente con una rayita (con objeto de no complicar más la tarea de rellenar autorregistros).

- En situaciones de relación personal, cuando se sintiera insegura o incómoda al dudar de que pudiera estar «dejándose llevar, poniéndose en manos de los demás» y, por consiguiente, sin tomar sus propias decisiones. A continuación se presenta un ejemplo:

DÍA Y HORA	SITUACIÓN - LUGAR COMPAÑÍA	QUÉ HAGO O DIGO	QUÉ ME DICEN	QUÉ PODRÍA HABER HECHO O DICHO
Viernes, 3-12-95	«Al salir del instituto. Encuentro a X.»	«Me alegro de verte. Le saludo. Me invita a salir.»	«X me invita a tomar una copa. Después vamos a su piso.»	«Estoy muy cansada. Me voy a casa.»

Se comprobó que la cliente afrontaba este tipo de situaciones con mayores recursos que antes de la terapia debido a que la mayoría de los casos requerían una respuesta asertiva, para la cual había sido ya entrenada. La mayor parte de situaciones que aparecían en los autorregistros eran relativas a la relación de pareja.

- Por último, debido a la dificultad que presentaba la cliente para la toma de decisiones, se la entrenó en habilidades de solución de problemas (véase apartado 6.1).¹ Se puso un énfasis particular en que la cliente analizara las consecuencias emocionales de sus posibilidades de actuación.

1. La realización del entrenamiento en solución de problemas se llevó a cabo en este último momento de la terapia debido a que antes no se podía saber si la dificultad que presentaba la cliente para tomar decisiones era exclusivamente consecuencia de la inhibición conductual, en cuyo caso no habría sido necesario el entrenamiento, o si, por el contrario, denotaba deficiencias en este tipo de habilidad, lo que se pudo constatar en este momento de la terapia.

Se llevaron a cabo sesiones de seguimiento varias semanas después de terminar la terapia, tres y seis meses después, las cuales proporcionaban a la cliente oportunidades útiles para revisar las estrategias de afrontamiento ante los acontecimientos vitales estresantes.

Problemas surgidos en la aplicación de las técnicas

- Cuando se estaba llevando a cabo la reestructuración cognitiva mediante el análisis del autorregistro, surgió el obstáculo de que, si bien la cliente generaba interpretaciones alternativas sobre los pensamientos negativos, en algunas ocasiones no mostraba realmente credibilidad en las mismas. Por ello, se aplicó la estrategia (9) del apartado «Estrategias de solución a los problemas anteriores», que consistía en evaluar la credibilidad (de 0 a 10) que le merecían dichas interpretaciones.
- El siguiente diálogo expresa uno de los problemas que surgió en la realización de la terapia:

T: *En este momento, ¿ha habido algo de lo que hemos discutido hoy que te haya generado preocupación?*

C: *¿Que me preocupe?*

T: *Sí.*

C: *Sí, quizá que me estoy sintiendo cada vez más estúpida.*

T: *Bien, ¿por qué no comentamos ese sentimiento?*

C: *Bien, pienso que soy estúpida porque yo debería reconocer por mí misma todas estas cosas.*

T (con cara de incredulidad): *Entonces, ¿para qué estamos aquí, si tú por ti misma debieras poder solucionarlo todo?*

C (sonriendo): *Bueno, quizá no todo, pero sí algunas veces.*

T: *Y entiendo, entonces, que tú no aportas buenas ideas, ¿no?... Déjame que te recuerde lo que pasó en la última sesión.*

(...)

Como puede verse, surge el problema de que se han reforzado las ideas negativas sobre sí misma al comprobar su dificultad para generar interpretaciones alternativas. Para afrontarlo, aparte de hacerlo en el momento preciso en que surge mostrando que es completamente normal que la terapia le aporte nuevas perspectivas, se utiliza la estrategia (10) del apartado de «Estrategias de solución a los problemas anteriores». En concreto, se prestó una atención especial en validar los propios pensamientos y creencias de la cliente que eran consistentes con el curso de la terapia.

- Por último, la cliente presentaba un elevado nivel de ansiedad, lo que estaba manteniendo la ingesta alimenticia excesiva. Para ello, se vio conveniente aplicar la estrategia (11) del mismo apartado, que consiste en realizar un entrenamiento en relajación.

Las técnicas de terapia de conducta han demostrado a lo largo de las últimas décadas su eficacia en el tratamiento de diferentes trastornos. Sin embargo, muchas veces los terapeutas se encuentran en una difícil situación al querer utilizar una técnica concreta y no saber exactamente qué pasos la constituyen, o cómo se pueden poner en práctica dichos pasos. Estos problemas se dan con frecuencia porque algunas de las técnicas no están suficientemente operativizadas y, en otros casos, porque diferentes autores las aplican de manera distinta.

Saber que la desensibilización sistemática, la exposición o cualquier otra técnica funcionan satisfactoriamente para la reducción y eliminación de fobias, obsesiones y otros trastornos de ansiedad es muy importante para el profesional, pero saber cómo ponerlas en marcha, qué dificultades pueden surgir y qué hacer en momentos así resulta necesario para que su uso no se distorsione, con todos los peligros que esto conlleva.

Este libro pretende dar una información clara y didáctica sobre buen número de técnicas de reconocido valor terapéutico. Qué pasos precisa cada técnica, qué dificultades pueden aparecer en su puesta en marcha y qué estrategias concretas cabe utilizar para afrontar estas dificultades.

El texto que se presenta es el resultado de la experiencia de las autoras. Tanto el orden como la forma de usar cada una de las partes obedecen a la aplicación que de las técnicas de terapia de conducta se ha hecho en nuestro país durante muchos años. Es de esperar, pues, que sea útil para todos aquellos profesionales que precisan de ellas en su trabajo. Psicólogos, psiquiatras, médicos, enfermeros, fisioterapeutas y maestros constituyen el grueso del público al que va dirigido este libro.

AURORA GAVINO, profesora titular de la Universidad de Málaga. Doctora por la Sorbona de París. Especialista en técnicas de terapia de conducta y en trastornos obsesivo-compulsivos.

CARMEN RODRÍGUEZ-NARANJO, profesora titular de la Universidad de Málaga. Doctora por la Universidad de Málaga. Especialista en depresión.

ALICIA LÓPEZ, profesora titular de la Universidad de Málaga. Doctora por la Universidad de Málaga. Especialista en psicología de la salud.

PILAR COBOS ÁLVAREZ, profesora titular de la Universidad de Málaga. Especialista en trastornos psicomotores.

CARMEN BERROCAL, profesora de la Universidad de Málaga. Especialista en trastornos de obesidad.