

Asignatura: MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Curso: 1998–1999

Alumno: Blas Manuel Baro Pérez

Tema 1: **Aproximación histórica y conceptual a la**

Modificación de conducta.

- **Introducción.**
- **Desarrollo histórico.**
- **Enfoques conceptuales.**
- **Ámbito de aplicación en adultos.**
- **Introducción.**

Habitualmente se utilizan como sinónimos los términos modificación de conducta y terapia de conducta. Sin embargo, hay autores que matizan dichos conceptos: se utiliza uno u otro término en función del ámbito de aplicación de las técnicas empleadas.

- Terapia de conducta ! **clínico** ! trastornos psicopatológicos (ansiedad, trastornos de alimentación, trastornos sexuales...).
- Modificación de conducta ! **no clínicos** ! deportes, ámbito escolar, laboral....

En general, se usa más frecuentemente *Modificación de Conducta* (MC).

- **Definición:** (tipos de definiciones)
- **Doctrinales:** son las primeras que aparecieron, entorno a los años 60. En sus definiciones resaltan los aspectos teóricos, relacionando la MC con ciertas teorías, leyes, principios, o doctrinas de la psicología del aprendizaje. Destacan autores como Eysenck, Wölpe y Lazarus.
- **Epistemológicas:** entorno a los años 70. Destaca los aspectos metodológicos, es decir, caracteriza a la MC en términos de los diferentes modos de estudiar los fenómenos clínicos. Autores: Davison y Nesle (1974); Mayor y Labrador (1984); Cruzado, Labrador y Muñoz (1993)
- **Mixtas:** son las definiciones más vigentes actualmente; combinan los mejores elementos de cada tipo de definiciones anteriores, integrando los aspectos teóricos y metodológicos. Autores: Yates (1970); Mahoney, Kazdin y Lessing (1974); Bouchard, Granger y Ladouceur (1981); Echeburúa (1993).

Las dificultades existentes en las definiciones del concepto de MC hacen que actualmente se prefiera describir las características de la misma en vez de definirla.

- **Características de la modificación de conducta:**

- Relación con la *psicología del aprendizaje* (pero también toma otros modelos: fisiología, psicología de la personalidad...).
- *Metodología experimental*
- Adaptado a las *características del paciente*.
- Centrado en el *aquí y ahora* (centrarse en el problema que actualmente tiene el paciente, pero sin olvidar el pasado del mismo).
- Recurre a la *evaluación conductual* (recoger y estudiar aquella información relevante de cara a la

terapia: qué le ocurrió al paciente, qué factores han hecho que aparezca y cuales hacen que se mantenga el problema).

- *Criterio de cambio:* conductas manifiestas.(Mejora a nivel conductual o motor).

- **Desarrollo histórico.**

La MC surgen en Estados Unidos y en Europa a finales de los 50 y principios de los 60. Sin embargo, no podemos olvidar que los antecedentes más remotos son los trabajos de los rusos Sechenov (1863) y Bechterev (1907) y Pavlov (1923). También en los orígenes del modelo conductual de Watson (1961), Hull (1920), Tolman (1921), Skinner (1931), Thorndike (1932) y Mowrer (1947).

Dos motivos para el auge:

- La psicología del aprendizaje alcanza su época de madurez
- La insatisfacción en el modelo médico asociado a la psiquiatría.

El **desarrollo** de la MC se da entre los **años 60 y 70**. Sus características van a ser:

- El desarrollo de técnicas terapéuticas eficaces.
- La preocupación por aplicar tratamientos con una eficacia superior a las psicoterapias tradicionales.
- Extrapolación de las conclusiones extraídas del laboratorio a la clínica.
- Interés por el análisis funcional y la evaluación conductual (como parte del proceso terapéutico).
[**Análisis funcional:** ver que ha causado el problema y que lo mantiene. **Evaluación conductual:** se produce una evaluación del problema, un tratamiento y diversas evaluaciones posteriores para observar el resultado de un tratamiento].
- Aplicación de los diseños empleados de casos únicos.

La **consolidación** se da en los **años 70**. Características:

- Reincorporación de las variables cognitivas en los problemas comportamentales.
- Énfasis en el papel activo del individuo.
- El auge de las habilidades de autocontrol y de desarrollo de las técnicas de autorregulación y biofeedback.
- El desarrollo de la evaluación conductual como alternativa al psicodiagnóstico tradicional.
- La extensión de la aplicación de la MC a otros campos, fundamentalmente en el área de la medicina comportamental o conductual. (Aplicación de teorías conductuales en trastornos médicos).

Actualmente la MC trabaja en la explicación de los cuadros de aparición más reciente y en diseñar programas terapéuticos que resulten lo más eficaces posibles.

- **Enfoques conceptuales.**

1. Análisis de conducta aplicado: (también análisis funcional de la conducta, enfoque operante).

Da énfasis a los factores ambientales, tanto antecedentes como consecuentes. Da lugar a técnicas como las operantes (para disminuir conductas inadaptadas y aumentar las adaptadas). Ejemplo: castigo + y -, extinción, reforzante diferencial de otras conductas,... moldeamiento y economía de fichas...

Técnicas de *conducta encubierta*; técnicas de *biofeedback*.

2. Neoconductista (o conductismo clásico).

Da énfasis a las variables mediacionales (están dentro de la persona y hay que tenerlas en consideración. Pueden estar mediando y haciendo que exista el problema).

Utiliza técnicas de *relajación*, *exposición*, (desensibilización sistemática, exposición, inundación), *terapia aversiva* y *terapia implosiva*.

3. Aprendizaje social

Da énfasis al aprendizaje a través de la observación de un modelo.

Incluye las técnicas de *modelado* y *entrenamiento en habilidades sociales* (EHS) y *déficits de asertividad*.

4. cognitivo-conductual (también MC cognitiva)

Da énfasis a las variables cognitivas. **Técnicas:**

- **Reestructuración cognitiva:** Terapia cognitiva de Beck, Terapia racional emotiva de Ellis, Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum, Reestructuración racional sistemática de Golfried.
- **Técnicas de manejo de situaciones o habilidades para el enfrentamiento.** Inoculación de estrés de Meichenbaum, Manejo de ansiedad de Swin, Richardson y Sippelle, Desensibilización sistemática modificada de Golfried.
- **Técnicas de solución de problemas.**
- **Técnicas del autocontrol.**
- **Ámbitos de aplicación.**
 - **Clínico:** en trastornos psicopatológicos o en la medicina conductual (fundamentalmente asociado al estrés). Ejemplos: trastornos gastrointestinales, respiratorios, dolor crónico, dermatológicos...).
 - **Poblaciones específicas** (clínicas o no): ancianos, porque han pasado por una situación de pérdida, instituciones penitenciarias, personas con déficits mentales...
 - **Laboral y deporte.**

Tema 2: Evaluación Conductual

- **Introducción.**
- **Análisis topográfico**
- **Análisis funcional.**
- **Introducción**

La evaluación conductual se incluye dentro del proceso terapéutico, y este consta de 2 fases: evaluación y tratamiento.

El desarrollo del *proceso de intervención* terapéutica está formado por distintas *etapas*:

- **Descripción del problema e identificación de las variables intervinientes.**

Objetivo: obtener información acerca de:

- La naturaleza del problema: frecuencia, intensidad, duración de las conductas. *Análisis topográfico.*

- Identificación de variables antecedentes y consecuentes que controlan las conductas. *Análisis funcional*.
- **Formulación de hipótesis.**

Objetivos:

- Formular hipótesis sobre el origen, mantenimiento y la modificación de las conductas-problema del paciente.
- Establecimiento o la deducción de predicciones verificables a partir de esas hipótesis.

Labor del terapeuta:

- Seleccionar las conductas claves para modificar.
- Seleccionar las variables relevantes que han de ser manipuladas.
- **Establecimiento de los objetivos de la intervención.**

Objetivos: Definir qué se pretende alcanzar con la intervención (a corto y a largo plazo).

Labor del terapeuta:

- Decidir qué aspectos hay que modificar.
- Establecer un orden de prioridades.
- Manipular las variables relevantes.
- **Selección de los procedimientos terapéuticos y puesta en práctica del programa de intervención.**

Objetivos:

- Selección de los procedimientos terapéuticos.
- Elección del diseño experimental.
- Puesta en práctica de las técnicas de tratamiento.
- Evaluación y control de las variables controladas del tratamiento.

Labor del terapeuta: informar, entrenar y poner en práctica las estrategias específicas para cada paciente.

- **Evaluación de los resultados terapéuticos.**

Objetivo: Contrastar los datos y comprobar la confirmación de las hipótesis formuladas.

El tratamiento termina con la *evaluación postratamiento*.

- **Análisis topográfico.**

Consiste en *identificar*, por un lado, las *manifestaciones y conductas* que presenta una persona en los 3 *sistemas de respuestas*: RS motoras y/o conductuales, RS fisiológicas y RS cognitivas. Por otro lado, en *precisar los parámetros de las mismas*: frecuencia, duración e intensidad. El ***triple sistema de Respuestas*** es el modo de responder de cada persona ante las distintas situaciones y problemas.

- **Respuestas motoras o conductuales:** Aquellas respuestas que muestran lo que la persona hace o no hace. Son respuestas visibles, y observables por los demás, de ahí que también se las denomine externas. Incluye los actos motores, conducta verbal y no verbal.
 - **Motoras:** Incluye aquellas conductas que se realizan para escapar de una situación problemática o de desagrado. Por ejemplo: lavarse las manos repetidamente para escapar de las sensaciones fisiológicas

desagradables que experimenta un paciente obsesivo.

- **Verbales:** Son visibles, motoras y verbales. Incluye tartamudeo, hablar muy rápido... es decir, las conductas relacionadas con la emisión de palabras.
- **No verbal:** Tics, gestos, asentir o negar con la cabeza...
- **Respuestas fisiológicas:** hace referencia a las distintas sensaciones físicas que experimenta la persona. La mayoría son sensaciones que ocurren dentro del organismo, por tanto, internas, y no son observables por los demás. Por ejemplo: palpitaciones, tensión muscular, aumento de la presión sanguínea, etc.

Algunas pueden ser observables y por eso podría incluirse también como respuestas externas, se denominan mixtas, y son, entre otras, la sudoración, llorar, enrojecer, temblar...

- **Respuestas cognitivas:** se incluyen los pensamientos, imágenes, opiniones, creencias, atribuciones, sentimientos, etc...

A diferencia de las respuestas motoras, las respuestas cognitivas ocurren dentro del sujeto, no son observables por los demás, de ahí que se denominen internas.

Estos 3 niveles de respuestas están interrelacionados en todas las personas, aunque el nivel de afectación no es sincrónico, es decir, en cada persona y cada situación se responde en cada nivel con una mayor o menor afectación.

Para completar el análisis topográfico es importante cuantificar distintos parámetros, con el fin de determinar si el problema se manifiesta por exceso o por defecto. Exceso conductual es la presencia excesiva de una conducta, y el déficit conductual es la escasa aparición de una conducta. Los parámetros utilizados son 3:

- **Frecuencia:** número de veces que aparece un acontecimiento por cada unidad de tiempo.
- **Duración:** tiempo que dura un acontecimiento o suceso determinado.
- **Intensidad:** Magnitud de los cambios experimentados.

Una vez definidas las conductas-problema a través del análisis topográfico, la evaluación ha de completarse con la determinación de las variables que controlan dichas conductas. Y para ello se recurre al análisis funcional.

- **Análisis funcional.**

Consiste en identificar las variables antecedentes y consecuentes, tanto externas como internas, que controlan una conducta, un problema o un trastorno, y en establecer las relaciones entre tales variables y dicho problema. Los elementos que forman parte del análisis funcional son 4:

- Estímulos Antecedentes (E)
- Variables organísmicas (O)
- Respuesta de la persona (R)
- Estímulos consecuentes (C)
- **Estímulos Antecedentes:**

Son aquellos acontecimientos que ocurren inmediatamente antes de la emisión o aparición de una conducta-problema pero que guardan una relación funcional con la conducta-problema. Son todas aquellos acontecimientos externos o internos que provocan la aparición de respuestas, alguno de los 3 niveles de respuestas. Pueden ser *externos* o *internos*. Externos son aquellos lugares, objetos, situaciones, personas, hechos,... que se producen fuera del individuo y que provocan en la persona la aparición de la conducta-problema.

Internas son aquellas producidas por la propia persona. Proviene de alguna/s de las respuestas del individuo. Incluye respuestas motoras, fisiológicas y cognitivas.

- **Motoras:** consiste en que tras la aparición de algún acto motor o conducta verbal o no verbal y concreto y característico del problema de la persona, se produce la aparición de las respuestas correspondientes a las conducta-problema. Ej.: un paciente con hipocondría (al tocarse algo).
- **Fisiológicas:** consiste en que tras la aparición de un síntoma físico al que el paciente le atribuye la cualidad de poder guardar relación con su problema, esta atribución es capaz de provocar las respuestas del triple sistema de respuestas (TSR).
- **Cognitiva:** aquellas personas, imágenes, creencias, etcétera, que aparecen en determinados momentos y que su aparición provoca en la persona la presencia de las respuestas o conductas-problema. Ejemplo: una persona obsesiva.

- **Variables orgánicas:**

Son aquellos factores, aspectos o variables que median entre los estímulos antecedentes y las respuestas del TSR. En otras palabras, son determinadas características específicas de cada persona que se encuentran presentes y que son capaces de interferir y contribuir al mantenimiento del problema.

- **Determinantes biológicos:** puede ser anteriores y actuales. Los anteriores corresponden a factores hereditarios, perinatales o prenatales (parada cardíaca, anoxia) que aparecieron en el pasado pero cuyas consecuencias se encuentran en el momento de la evaluación y se han convertido en una fuente de desagrado o limitación para el paciente. Su existencia puede actuar interfiriendo y manteniendo el problema, por lo que hay que tener en cuenta a la hora de diseñar el tratamiento de cara a no influir negativamente en el resultado de la intervención.

Los actuales incluyen factores como enfermedades transitorias o crónicas (como insuficiencias respiratorias, problemas hormonales,...), los efectos secundarios o colaterales de la ingesta de fármacos o alcohol, la fatiga, etc... que alteran el equilibrio físico u orgánico de la persona.

- **Repertorio de conductas:** consiste en la presencia o ausencia de determinados comportamientos o habilidades estratégicas de afrontamiento ante las situaciones, etc... dentro del repertorio de conductas habituales de la persona, y que tienden a ser utilizadas como modo de resolver la situación-problemática, es decir que es la forma habitual de responder.
- **Historia de aprendizaje:** consiste en los modelos que ha tenido la persona a lo largo de su vida que han producido un efecto negativo o que han fomentado la utilización de recursos inadecuados de cara a su funcionamiento global, y más específicamente han contribuido en gran parte al mantenimiento del problema existente.

- **Respuestas (análisis topográfico).**
- **Estímulos consecuentes:**

Son aquellos acontecimientos que ocurren inmediatamente después de la aparición de la conducta-problema y que inciden sobre que el problema se mantenga.

Externas: son los efectos o cambios que se producen en el entorno del paciente y que con su actuación contribuyen al mantenimiento del problema. Ejemplo: un agorafóbico que no sale ni a llevar a los niños al colegio, ni a hacer la compra. Otras personas asumen su función, de modo que contribuyen a mantener el problema.

Internas: son los defectos o cambios producidos en la propia persona y que se convierten en mantenedores del problema. Coincide con las respuestas del TSR. Dentro de éstas existen:

- **Motoras**. Ej.: un fóbico social que toma alcohol ante un grupo de gente, para que no se note su timidez. Esta conducta ingesta de bebida queda reforzada positivamente al facilitar al paciente la relación con los otros sin sentirse nervioso. En el futuro tenderá a repetirse este comportamiento.
- **Fisiológicas**: Ej.: un paciente con rituales compulsivos de comprobar varias veces la llave del gas, para disminuir la sensación de malestar que le produce el pensar que le puede pasar algo grave. Esta conducta de verificación queda reforzada positivamente porque lo libera de las respuestas de ansiedad.
- **Cognitivas**: Ej.: una paciente anoréxica que tiene un episodio de atracón y a continuación vomita para liberarse de los sentimientos de culpa que le produce el haber ingerido comida descontroladamente. La conducta de vómitos queda reforzada positivamente al reducir la ansiedad generada por la acumulación de comida en el cuerpo. En el futuro tenderá a utilizar el vómito ante las situaciones de descontrol de la comida.

Tema 3: Técnicas del condicionamiento clásico

y condicionamiento operante

• **Condicionamiento Clásico: Técnicas de control de la activación**

- **Introducción.**
- **Bases Teóricas.**
- **Técnicas de Relajación:** Relajación muscular progresiva o diferencial (RMP), entrenamiento autógeno.
- **Técnicas de respiración.**
- **Ámbitos de aplicación.**
- **Introducción.**

Las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación fisiológica. Se utilizan en cualquier persona que quiera disminuir la activación y en la clínica como un procedimiento o bien único y específico o bien como un componente más dentro de un paquete de tratamientos. Por ejemplo: *desensibilización sistemática* (DS), *inoculación de estrés* (IE).

Los antecedentes más claros de estas técnicas se encuentran en la hipnosis, el yoga y la meditación. Dentro del ámbito de la MC las técnicas de relajación se remontan a principios de siglo; en concreto en 1929 Jacobson expone los fundamentos de la técnica de relajación progresiva en la obra titulada "*Progressive relaxation*". En 1939 Schultz expone también los fundamentos del entrenamiento autógeno en la obra "*Dos autogens training*".

La evolución y consolidación de las técnicas de relajación se debe en gran parte al impulso recibido desde la MC en su aplicación al ámbito de los *tratamientos psicológicos*, por ejemplo: problemas de ansiedad, insomnio, etc... y de la *medicina conductual*, por ejemplo: en problemas derivados del estrés, como el síndrome de Colón irritable, el asma, etc...

• **Bases teóricas.**

Las bases teóricas de los procedimientos de control de la activación, a diferencia de otras técnicas de MC, proceden de la psicofisiología, en concreto las **técnicas de relajación** tienden a *aumentar la actividad parasimpática y disminuir la actividad del SN en su rama simpática*. Los **efectos principales** de las técnicas de control de activación son: *disminución del tono muscular, la respiración se vuelve más rítmica, profunda y lenta, el ritmo cardíaco se regula, aumento de la resistencia epitelial-galvánica* (que sería disminución de la sudoración).

- **Técnicas de relajación.**

3.1 Relajación Muscular Progresiva.

- **Consideraciones básicas.**

Es una técnica desarrollada por Jacobson en 1929. Es una de las técnicas más utilizadas en MC. Están dirigidas a conseguir niveles profundos de relajación muscular. Está especialmente indicada para personas que responden a las demandas ambientales con respuestas que implican niveles elevados tensión muscular, por ejemplo: en cefaleas, tensión.

Se basa en la premisa de que la respuesta del organismo a la ansiedad provoca pensamientos y conductas que a su vez producen tensión muscular. Esta tensión fisiológica aumenta la sensación subjetiva de ansiedad que experimenta la persona. La práctica de la relajación muscular reduce la tensión fisiológica y, por tanto, es incompatible con la sensación subjetiva de ansiedad.

La RMP posee *tres características* o supuestos básicos:

- ***El principio de la vivencia de contrastes:*** supone que si la persona vive fuertemente la tensión muscular podrá discernir mejor la relajación. De ahí que las instrucciones se refieran primero a tensión muscular y luego a relajación.
- ***Progresiva:*** La persona aprende a relajar una tras otro los distintos grupos de músculos de su cuerpo (que son 16) y por otro lado se relaja cada vez más a medida que vaya practicando y repitiendo los ejercicios. De esta manera, con el ejercicio diario, la persona llega a un estado en el que puede decirse que alcanza la relajación automáticamente.
- ***Diferencial:*** la persona aprende a controlar el nivel de tensión de cada uno de los distintos grupos musculares, de esta forma puede modificar la tensión de su organismo de forma general o de forma específica, por ejemplo: el cuello o la frente.

Posiciones o posturas que se tienden a utilizar para hacer la relajación:

- ***Sentado en un sillón:*** La postura idónea para realizar entrenamiento es sentado en un sillón cómodamente y con la cabeza apoyada, con toda la espalda descansando sobre el respaldo. Los pies se deberán apoyar en el suelo sin hacer ningún tipo de esfuerzo y los brazos se apoyan sobre los muslos con las palmas hacia abajo o bien apoyadas en el apoyabrazos.
- ***Tumbado:*** Debe hacerse sobre una superficie que permita apoyar completamente todo el cuerpo y con la cabeza y ligeramente elevada, para que el cuello no permanezca tenso.
- ***Cochedero:*** Sentado en una silla con el cuerpo un poco inclinado hacia delante con la cabeza sobre el pecho y los brazos apoyados sobre las piernas

Requisitos para llevar una práctica adecuada (en las clases prácticas).

- **Procedimiento.**

El entrenamiento consta de *tres fases*:

- ***Enseñanza.***

En la primera sesión el terapeuta explica en qué consiste el entrenamiento, es decir, en tensar y relajar los grupos musculares. El terapeuta describe y realiza los ejercicios de tensión y distensión de los dieciséis grupos musculares con los que se inicia el entrenamiento. Tras la explicación y modelado del entrenamiento, así como tras la contestación a las preguntas que le haga la persona, se comienza con el entrenamiento a la

persona.

Al final de esta primera sesión la persona debe comprender perfectamente tanto el procedimiento a seguir como la conveniencia de la práctica regular. El aprendizaje y la práctica regular requieren una colaboración activa por parte de la persona.

2. Práctica durante las sesiones.

El entrenamiento ha de realizarse en una sala con las condiciones apropiadas para el entrenamiento (silenciosa, en penumbra,...). Las instrucciones de los ejercicios de tensión–distensión consisten en *cuatro*:

- Tensar el grupo muscular correspondiente.
- Focalizar la atención en el grupo muscular en tensión; tiempo aproximado 5–10 segundos.
- Relajar el grupo muscular correspondiente.
- Focalizar la atención en el grupo muscular en relajación; tiempo superior al de tensión.

Tras los ejercicios de tensión y distensión de todos los grupos musculares se recomienda dejar a la persona varios minutos disfrutando del estado de relajación completa. El terapeuta finaliza la tensión contando desde 5 hasta 0, y se le dice 5, mueve las piernas; 4, los brazos; 3, tronco; 2, cabeza; 1, abre los ojos y 0.

Al terminar, el terapeuta pregunta a la persona acerca de desarrollo de la sesión, y le resuelve las cuestiones que le vaya planteando. El número de duración de las sesiones varía en función de cada persona. En muchos casos, son suficientes de 4–6 sesiones de 15–30 minutos cada una. Pero en general el programa se ha de adaptar a las características y necesidades de cada persona.

3. Práctica entre sesiones.

Las tareas para casa consisten en que la persona practica todos los días dos veces durante quince a veinte minutos cada vez. Es conveniente que se lleve un registro de las prácticas y del nivel de tensión o relajación que experimenta en cada sesión, así podrá evaluar los progresos que vaya realizando.

Limitaciones o problemas que pueden aparecer durante las sesiones de entrenamiento: que la persona se ría, le den calambres, aparezca algún síntoma extraño para él, que se duerma... (en las clases prácticas).

Un **procedimiento abreviado** para el aprendizaje de la RMP es el de Davis, McKay y Eshelman (1985) cuyas características son las siguientes:

- Es un procedimiento indicado en aquellos casos en que la persona ya tiene conocimientos previos de las técnicas de relajación, meditación... es decir, de técnicas de control.
 - Con este método se tensan y relajan todos los músculos a la vez.
 - Se dedica entre 5–7 segundos en tensión y en relajación entre 20–30.
-
- **Variantes:**
 - **Relajación diferencial.**

Es una de las más utilizadas. Con este procedimiento *se aprende a tensar solo aquellos músculos relacionados con una determinada actividad y a mantener relajados aquellos que no son necesarios*. Por ej.: una persona que va cogida fuerte al volante...

El objetivo es poder llegar a realizar la mayoría de las actividades con un mínimo nivel de tensión, se pretende que la persona aprenda a relajarse en situaciones cotidianas en las que es casi imposible adoptar la posición típica de la RP. Un programa de relajación que actualmente se utiliza mucho es el de Bernstein y Borkovec

(1983), cuyas características son las siguientes (combina tres variables):

- **Posición:** de pie/sentado.
- **Actividad:** haciendo algo la persona / no haciendo nada.
- **Lugar:** tranquilo / no tranquilo.

Comprende una serie de pasos que empiezan con actividades relativamente tranquilas y que van aumentando progresivamente hasta comportamientos más activos. Por ejemplo: de pie mirando tranquilamente el mar hasta en la cola de un cine un sábado por la noche.

En las actividades iniciales la práctica es similar a la de la relajación básica, no hay distracciones y el paciente se puede centrar más fácilmente en el proceso de relajación. A medida que avanza el programa va aumentando la actividad y las posibles distracciones de cada situación. Puede llevarse a cabo entre 2-4 semanas. A lo largo del entrenamiento el terapeuta manda como tarea para casa la práctica diaria de la relajación en las situaciones acordadas entre ambos.

- **Relajación condicionada.**

Consiste en *asociar la relajación a una palabra que la persona se dice a sí mismo*. Una vez que la persona está completamente relajada se le instruye para que centre su atención en su respiración y para que se repita mentalmente la palabra que prefiera, por ejemplo; calma, tranquilidad, relax,... en cada espiración.

Inicialmente es el terapeuta quien dice en voz alta la palabra clave/señal coincidiendo con las 5-10 primeras exhalaciones del paciente. Alargando la sílaba final y disminuyendo el volumen de su voz. Luego es la propia persona quien se repite mentalmente la palabra señal en cada expiración.

Un procedimiento que se encuentra dentro de las técnicas de relajación condicionada es la:

Imaginación de escenas relajantes, en la que se le indica al paciente que trate de evocar una escena o situación que le resulte relajante. De esta forma *la palabra señal junto con la imagen clave evoca respuestas de relajación*

Tanto la relajación diferencial como la condicionada permiten a la persona relajarse en situaciones de la vida cotidiana, distintas a las condiciones óptimas de la sala de relajación del terapeuta.

- **Relajación Pasiva:**

Es una variante de la RMP en la que solo se utilizan ejercicios de relajación de los grupos musculares, sin necesidad de tensarlos antes. Aquí se combinan ejercicios de respiración, ejercicios de relajación pasiva, e inducción de sensaciones de peso y calor. (Entrenamiento autógeno). Esta técnica está indicada para personas con problemas orgánicos en los que no es conveniente o posible la tensión de determinados grupos musculares. Suele usarse para personas con dificultad en relajarse después de haber tensado los músculos y también en personas que tienen dificultades para seguir los pasos de la RMP en casa. Habitualmente se graban las sesiones en una cinta y así el paciente puede practicar en casa.

Las instrucciones suelen durar unos 20 minutos, el terapeuta utiliza un tipo de voz lento y con breves pausas entre las frases. Con este tipo de relajación, se consiguen estados más profundos de relajación durante las primeras sesiones.

3.2 Entrenamiento autógeno (Schultz).

- **Consideraciones básicas.**

La relajación autógena es la técnica más utilizada después de la RMP. Puede definirse como *un método de autorelajación concentrativo o también autosugestión*, puesto que la persona aprende a generarse estados fisiológicos y psicológicos propios de una relajación.

Consiste fundamentalmente en una serie de frases elaboradas con el fin de inducir en la persona estados de relajación a través de las sugerencias sobre sensaciones de calor, pesadez, frescor, etc. Y la concentración pasiva en la respiración. Su origen está relacionado con la idea de la unidad entre mente y cuerpo y, de acuerdo con esta idea, se considera que una adecuada representación mental conllevará el cambio corporal consecuente.

- Procedimiento.

Lo primero que vamos a hacer es colocar al paciente en una habitación con las condiciones adecuadas (ambiente tranquilo, sin ruidos, ropa cómoda...). El terapeuta explica el método a seguir, que consiste en ir percibiendo distintas sensaciones para alcanzar un estado de bienestar. El cliente tras ser colocado en la posición de relajación cierra los ojos y se concentra en la frase *estoy completamente tranquilo*, con el fin de lograr una mayor sintonización con el estado deseado. A continuación se le indica la fórmula en la que debe concentrarse, que será distinta en función del ejercicio. Tras la concentración en cada una de las distintas frases llegará poco a poco a la sensación deseada. Los *ejercicios* que se realizan se dividen en 2 *ciclos*:

- **Ciclo o grado inferior:** ejercicios *propios de la relajación*. Está destinado a la relajación fisiológica. Es el ciclo que se utiliza en la práctica clínica, en cambio, el uso del grado superior es poco habitual.
- **Ciclo o grado superior:** ejercicios *de imaginación*. En este ciclo no se busca lograr unas determinadas sensaciones fisiológicas sino *lograr determinados estados psíquicos*, por ejemplo: imaginar contrastes de colores, figuras en movimiento, conceptos abstractos como la felicidad, etc...

Los ejercicios consisten en la repetición mental de frases cuyo contenido hacen referencia a distintas sensaciones. Son 6 ejercicios:

- **Sensación de Pesadez:** la persona repite la frase *el brazo derecho / izquierdo (depende de si es zurdo) pesa mucho*. Alternándolo con la frase *estoy completamente tranquilo*. La persona no tiene que mover el brazo, solo pensar en esta sensación. Después de los brazos se pasa a generar esta sensación en las piernas, procediéndose del mismo modo.

Este ejercicio provoca la *relajación muscular*.

- **Sensación de Calor:** la persona repite la frase *el brazo está caliente*, alternándola con la misma frase de antes. Luego se pasa también a las piernas.

Este ejercicio facilita la *regulación vascular*.

- **Regulación Cardíaca:** la persona pone la mano sobre el corazón y repite varias veces las frases de los ejercicios anteriores, añadiendo frases como *mi corazón late tranquilo y con regularidad* o *mi corazón late fuerte y tranquilo*. No se debe tratar de intensificar el ritmo cardíaco, solo concentrarse en estas sugerencias, dejando que las sensaciones aparezcan poco a poco.
- **Control de la Respiración:** la persona repite varias veces las frases anteriores, añadiendo frases como *mi respiración es tranquila*, *respiro tranquilamente*, hasta alcanzar el ritmo completamente sosegado a partir de la vivencia de la respiración.
- **Regulación de los Órganos Abdominales:** se centra en la zona del plexo solar, zona situada aproximadamente en el punto medio entre el ombligo y el extremo inferior del esternón. La persona se repite varias veces *mi plexo solar está caliente*, *mi abdomen está caliente*, *de mi abdomen fluye calor*,

alternándolas con las frases anteriores.

- ***Regulación de la Región Cefálica:*** la persona repite varias veces las frases de ejercicios anteriores añadiendo otras como la frente está agradablemente fresca, siento la frente fresca. El objetivo es *que no se produzca una excesiva sensación de calor en la cabeza.*

Al realizar los ejercicios la persona debe mantener una actitud de concentración pasiva, es decir, dejarse llevar por cualquier sensación o respuesta que experimente sin esperar nada de antemano. Al terminar se recomienda hacer unas inspiraciones profundas, tras esto el terapeuta comentará con el paciente el desarrollo de la sensación, para reforzarla y aclarar sensaciones confusas. Por último, es importante la *práctica diaria* en casa al menos 3 veces al día para conseguir esas sensaciones y poder relajarse de forma casi automática.

- **Técnicas de Respiración.**

4.1 Consideraciones básicas.

El objetivo de las técnicas de respiración es facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar este control para que pueda ser mantenido hasta en las situaciones de mayor estrés. Los hábitos correctos de respiración son muy importantes para aportar al organismo el oxígeno necesario para su buen funcionamiento. Si la cantidad de aire que llega a los pulmones es insuficiente la sangre no se va purificando adecuadamente, y una sangre insuficientemente oxigenada contribuye a aumentar los estados de ansiedad y fatiga muscular, por tanto, con los ejercicios de respiración se pretende mejorar el control de la respiración (¿?).

Son técnicas muy adecuadas para la mayoría de las personas. Se utiliza como procedimiento único y también como parte de un programa de relajación.

4.2 Procedimientos.

El comienzo del entrenamiento se lleva a cabo en condiciones similares a las del entrenamiento de relajación. El programa de técnicas de respiración que vamos a ver es el de Labrador, que consta de 6 fases:

- **Inspiración abdominal.**

Objetivo: *aprender a dirigir el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones.*

Procedimiento: colocar una mano encima del vientre, o bien tapando el ombligo o debajo del ombligo, y la otra encima del estómago para que se pueda percibir mejor los efectos de cada ciclo de inspiración–expiración. A continuación se le señala que trate de dirigir el aire en cada inspiración a llenar la parte inferior de los pulmones, lo que debe producir que se mueva la mano colocada sobre el vientre, pero no la colocada sobre el estómago.

Este ejercicio suele resultar al principio de cierta dificultad pues es el aspecto de la respiración que menos se utiliza. Ayuda a ello instrucciones del tipo intenta hinchar la parte inferior del tronco contra el pantalón. Es importante señalar que *la inspiración no ha de ser forzada*, que no hay que exagerar a la hora de coger aire.

Duración: puede ser entre 2–4 minutos. Se repite el ejercicio 3–4 veces, con intervalos de descanso de 2–3 minutos, por tanto, el tiempo aproximado es de entre 15–20 minutos.

- **Inspiración abdominal y ventral.**

Objetivo: *aprender a dirigir el aire inspirado a la parte inferior y media de los pulmones.*

Procedimiento: Se parte del ejercicio I. Se le indica que dirija el aire en primer lugar a la parte inferior, y después, en la misma inspiración pero marcando el tiempo definido, que lo dirija a la parte media, notando como ahora se hincha la zona de debajo de la segunda mano (la del estómago). Si el ejercicio anterior se ha llegado a dominar, éste no suele presentar dificultades.

Duración: similar al anterior.

- **Inspiración abdominal, ventral y costal.**

Objetivo: *aprender a realizar una inspiración completa.*

Procedimiento: Se parte del ejercicio II. Se le indica a la persona que dirija el aire de cada inspiración en primer lugar a la zona del vientre, luego a la del estómago y por último al pecho. Es importante aquí hacer 3 tiempos diferentes en la inspiración, una en cada zona.

Duración: también es similar a las anteriores.

- **Espirar.**

Objetivo: *aprender a hacer más completa y regular la alternancia respiratoria (inspiración más espiración).*

Procedimiento: Se parte del ejercicio III. Se pide a la persona que tras la inspiración en 3 tiempos se centre en la espiración comenzando a realizarla cerrando bastante los labios a fin de que ésta produzca un ruido suave. Ayudándose del feedback que le produce el ruido puede regular su espiración, haciendo que sea pausada y constante, no brusca.

- **Ritmo inspiración–espiración.**

Objetivo: *conseguir establecer una adecuada alternancia respiratoria.*

Procedimiento: Este ejercicio es similar al ejercicio IV en cuanto implica inspiración y espiración completa, pero aquí se avanza un poco más. Por un lado, la inspiración, aunque se mantiene el recorrido habitual, ya no se hace en 3 tiempos sino en uno continuo. Por otro lado, la espiración es similar aunque progresivamente se va haciendo más silenciosa.

- **Sobregeneralización:**

Objetivo: *aprender a utilizar y generalizar el control de la respiración en diferentes situaciones cotidianas de la persona.*

Procedimiento: Consiste en repetir el ejercicio V varias veces en diferentes posiciones y situaciones, para aprender a utilizar la técnica en condiciones habituales. Para ello se cambia la posición (sentado, de pie, andando...), la actividad (viendo TV, conduciendo el coche, en el trabajo...), se cambia también la modalidad (ojos cerrados, ojos abiertos) y las condiciones ambientales (ruido, la presencia de otras personas,...). Es importante que la práctica se vaya graduando en orden de dificultad creciente.

Duración: la duración de todos los ejercicios puede oscilar entre 15–20 minutos con periodos de descanso entre cada ejercicio.

Además, es importante *tras cada ciclo de ejercicios analizar los problemas surgidos*, y al igual que en la relajación el entrenamiento se perfecciona con la práctica, por ello se pide a la persona que durante el periodo entre sesiones practique varias veces al día estos ejercicios.

4.3 Variantes:

1. Atención focalizada en la respiración:

Es una técnica de respiración muy práctica. Consiste en que *la persona centra la atención en su propia respiración*, permitiendo que el proceso natural de respiración emerja, lo que suele conllevar que la respiración se vaya haciendo más lenta y profunda. Es especialmente útil *para afrontar situaciones de ansiedad*.

- **Respiración profunda:**

Consiste en adoptar un patrón respiratorio que implica, por un lado, una inspiración profunda, en 2º lugar un periodo de retención del aire dentro de los pulmones (5–10 segundos) y en 3er lugar una espiración lenta. Este procedimiento *permite conseguir un estado de relajación de forma rápida aunque no sea un estado muy profundo*. Utilizando este ejercicio en ciclos de 5 respiraciones consigue producir efectos importantes en pocos minutos. Es muy útil para afrontar situaciones de estrés y en especial para reducir los problemas de ansiedad.

- **Ambito de aplicación.**

La aplicación de las técnicas de control de la activación es muy numerosa. Por un lado, en los problemas en cuya base hay ansiedad y en los trastornos de ansiedad, problemas de estrés y sus repercusiones para la salud (insomnio, cefaleas, tics, tartamudez, control de la agresividad, impulsividad, trastornos de alimentación).

Tema 4: **Desensibilización Sistemática (DS)**

- **Introducción.**
- **Bases teóricas y experimentales.**
- **Consideraciones básicas.**
- **Procedimiento.**
- **Variantes.**
- **Consideraciones básicas**
- **Introducción.**

Es una técnica dirigida fundamentalmente a, por un lado, *reducir las respuestas de ansiedad* y, por otro, a la vez *eliminar las conductas motoras de evitación*. Es una de las técnicas que más tempranamente se incorporó dentro de los procedimientos terapéuticos de Modificación de Conducta, Tradicionalmente se viene utilizando en los trastornos fóbicos (fobias específicas, social...).

El punto de partida de esta técnica es la consideración de que la aparición de determinadas situaciones, estímulos o personas genera de forma casi automática respuestas de ansiedad en algunas personas. Desde este punto de vista, la DS se plantea como *un procedimiento que posibilita también de forma automática la aparición de respuestas incompatibles con la ansiedad*. De esta manera se impide el desarrollo de la ansiedad y a la vez el que se pongan en marcha conductas de evitación.

- **Bases teóricas y experimentales.**

A pesar de la eficacia demostrada por la DS hasta el momento actual no queda claro cuál / es son los procesos por los que se consiguen los resultados. No obstante, entre los procesos explicativos de actuación de la DS está el **Principio de la Inhibición Recíproca** (Wölpe, 1958). Según éste, *los sujetos aprenden a sentir ansiedad ante la presencia de estímulos específicos mediante un proceso de condicionamiento clásico*. Así, propuso que *si se diera en el sujeto una respuesta incompatible con la ansiedad en presencia del estímulo*

evocador de la ansiedad se rompería el vínculo entre dicho estímulo y la respuesta de ansiedad. A este proceso de eliminación de la ansiedad mediante alguna respuesta incompatible con la ansiedad lo denominó Inhibición Recíproca; para ello utilizó la relajación como respuesta incompatible con la ansiedad en la DS.

Esta técnica se sustenta sobre la base de 4 *fenómenos o conceptos*:

- **Respuestas incompatibles.**
- **Jerarquía de estímulos.**
- **Contracondicionamiento.**
- **Generalización.**
- **Respuestas incompatibles.**

Se basa en la idea de que existen determinadas respuestas que no pueden darse a la vez, es decir, cuando aparece una de las respuestas se imposibilita que se de la otra, por ejemplo: soplar y sorber, tensar y distensar, estar despierto y dormido, estar relajado y ansioso...

- **Jerarquía de estímulos.**

Se basa en la idea de que una situación, objeto o estímulo que produce una respuesta de ansiedad consta a su vez de una serie de estímulos que pueden organizarse de distintas formas con el fin de poder jerarquizarlos en función de sus capacidades para producir ansiedad, es decir, se puede hacer una escala de las distintas variaciones de una situación, objeto o estímulos desde la que apenas produce ansiedad a la que produce la máxima ansiedad. Por ejemplo: situación de encontrarse en un ascensor puede separarse en varias situaciones referidas a la misma y jerarquizadas en cuanto a su capacidad de producir ansiedad, tales como: 1º pulsar el botón de llamada, 2º escuchar el sonido que indica que el ascensor está próximo, 3º ver cómo se abre las puertas,... 10º permanecer en el ascensor durante 2 minutos...

- **Contracondicionamiento.**

Se basa en la idea de que al querer asociar una respuesta incompatible con la ansiedad a una situación que antes generaba ansiedad (por ejemplo con la relajación) para que la situación deje de provocar ansiedad será más fácil conseguir este contracondicionamiento con variaciones de esa situación que apenas provoquen ansiedad y no con aquellas que provoquen un nivel de ansiedad muy elevado. Por ejemplo: en una persona con fobia a los saltamontes será más fácil asociar la relajación con la situación de ver un saltamontes pequeño y de lejos, que con la situación de tener el saltamontes junto a las piernas y mirándole a la cara.

- **Generalización.**

Se basa en la idea de que cuando se asocia una respuesta concreta a una determinada situación, esta asociación se generaliza también a las distintas variaciones de esta situación, tanto más cuanto más similares sean a la inicial. Por ejemplo: si se consigue la relajación en la situación de coger un perrito pequeño en los brazos se irá generalizando esta relajación a la situación de acariciar o coger un perro grande.

Desde una *perspectiva cognitiva*, en los últimos años se viene prestando una atención especial a los aspectos cognitivos en la base de la explicación de los fenómenos que están implicados en la DS, destacando entre otros:

- *El valor de la DS como estrategia de afrontamiento para hacer frente a las situaciones de ansiedad y para poder controlarla (Golfried y Golfried, 1977).*
- *La posible reestructuración de las cogniciones de los pacientes (Beck, 1976).*
- *Cambios en el nivel de autoeficacia en la persona (Bandura, 1977).*
- *La DS también funciona por las expectativas de mejoría del propio paciente (Emmelkamp, 1975).*

A partir de estos conceptos básicos Wölpe (1958) desarrolló la técnica de la DS.

- **Consideraciones básicas.**

La DS es una *técnica adecuada para quitar los miedos y las respuestas de ansiedad en aquellos casos en los que se den estímulos condicionados de ansiedad* (fobias, por ejemplo), así como también en otros trastornos en los que haya un fondo de ansiedad (dentro de las disfunciones sexuales en la fobia a la penetración, por ejemplo).

Para que la DS sea eficaz se han de cumplir 2 requisitos:

- Que el *miedo y/o la ansiedad* sea *irracional*, es decir, que no exista objetivamente un peligro real claro.
- Que el *número de miedos o temores* sea *reducido*, en concreto inferior a 4.

No se debe dar la presencia de un nivel de ansiedad generalizada alta. En trastornos tales como agorafobia, trastornos de pánico y el TOC, la DS no se muestra tan eficaz como las técnicas de exposición.

- **Procedimiento**

El procedimiento de la DS incluye 4 pasos:

- ***Explicación de la técnica:*** Consiste en explicar al paciente y hacerle comprender la estrategia a utilizar y los principios de la eficacia de la técnica Incluye los siguientes aspectos:
- *Explicación de la lógica y funcionamiento de la técnica.*
- *Explicación de la importancia de su práctica en cada fase de la técnica.*
- Necesidad de practicar la relajación en casa para aprender correctamente la DS.
- Conveniencia de la creación de una jerarquía adecuada.
- Importancia de la consecución de imágenes mentales reales y concretas.
- ***Entrenamiento en relajación:*** La relajación es el procedimiento que se utiliza como respuesta incompatible con la ansiedad en la DS. El procedimiento más utilizado es la RMP, aunque también se pueden utilizar otras como es el entrenamiento autógeno (EA) y el entrenamiento con biofeedback.

Duración aproximada del entrenamiento unas 4-6 sesiones.

- ***Construcción de la jerarquía:*** Una jerarquía de ansiedad es una lista de estímulos (situaciones o escenas) generadoras de ansiedad que se ha de imaginar el paciente, referidas a un mismo tema y ordenadas según la intensidad de las respuestas de ansiedad que provocan en la persona.

Los elementos que componen la jerarquía de ansiedad han de responder a las siguientes **características**: que sean *realistas, concretos, relevantes* y que sean *propuestos por la propia persona*. Es decir, que los estímulos definidos por el paciente sean identificados como atemorizantes y que le puedan suceder (por ejemplo, en una persona claustrofóbica que se monte en un ascensor y se quede parado entre 2 plantas).

Al pedir al paciente que imagine el contenido de la escena tienen que estar *claramente identificados los detalles a imaginar*, por ejemplo: en una persona con miedo a los exámenes, un ítem poco concreto sería esperando a comenzar el examen. Sería más adecuado estando en el pasillo de la Facultad antes de entrar al aula del examen con otros compañeros.

Se deben incluir estímulos significativos para el problema en cuestión, hayan sido o no experimentados por la propia persona. En este sentido, es frecuente que las personas con problemas de miedo y/o fobias hayan desarrollado conductas de evitación de forma que nunca o raras veces se hayan expuesto a las escenas

temidas. Por ejemplo: miedo a montar en avión o hablar en público. En estos casos se ha de valorar el miedo producido por estas escenas e introducirlos dentro de la jerarquía.

La jerarquía y su ordenación ha de ser construida por el propio paciente, con la ayuda del terapeuta. No se ha de buscar una ordenación de los ítems según un criterio lógico, sino a criterio del paciente, puesto que una jerarquía que es válida para una persona, puede no serlo para otra, incluso aunque ambas tengan el mismo tipo de miedo.

Para evaluar el grado de ansiedad que produce cada situación se utilizan distintos tipos de escala:

- **USA:** escalas de *Unidades Subjetivas de Ansiedad*. También conocidas como ESA (Escala Subjetiva de Ansiedad). A la primera de ellas le puso el nombre Wölpe, y van del 0–100 (cuanto más alta la puntuación, más ansiedad).
- **Termómetro de miedo:** es una escala que va del 1–10 (1 = más relajado, 10 = más miedo, más ansiedad).

*Una jerarquía suele incluir entre 10–20 escenas, aunque puede incluir más. Por ejemplo: conducir el coche puede contener 12 ítems la jerarquía, mientras que permanecer sólo en casa, puede incluir 18. Es preciso elaborar una jerarquía para cada temor; en el caso de que la persona presente más de una fobia se tiende a construir una jerarquía para cada una de ellas. Las **jerarquías** pueden ser **de 3 tipos**:*

- **Temáticas:** las escenas se refieren a distintas situaciones de un mismo tema. Por ejemplo: miedo a examinarse: hablar del examen, oír hablar del examen...
- **Espacial/Temporal:** las escenas están graduadas en función de la distancia al objeto temido, o de la cercanía/lejanía temporal.
- **Mixta:** cuando las escenas combinan criterios temáticos y espacio-temporales.

Un **procedimiento** o estrategia para la construcción de la jerarquía consiste en entregar a la persona una ficha o tarjeta donde tendrá que describir la escena en la que haya experimentado o en la que imagina que experimentaría ansiedad, el nivel de ansiedad y el valor asignado. Tras la valoración de todas las fichas se hace la ordenación de la jerarquía.

- **La DS o la presentación de los Ítems:** Una vez entrenada a la persona en relajación y se ha construido la jerarquía, se procede a presentar los ítems en imaginación mientras se está relajado. Se procede a la aplicación combinada de las respuestas de relajación versus respuestas de ansiedad. Durante los primeros minutos y antes de empezar con la jerarquía, el terapeuta induce al paciente al estado de relajación, y llegado a este estado el paciente levanta un dedo (hace una señal) señalando que ya está relajado.

1ª Sesión: Una vez relajado, el terapeuta procede a describir la 1ª escena de la jerarquía con la idea de que el paciente imagine intensamente la situación descrita (tiempo aproximado de 5–7 segundos). Si el paciente no señala con el dedo que el nivel de ansiedad es excesivo (aproximadamente más de 25 USAs) se continúa presentando el mismo ítem dos veces consecutivas con un intervalo de tiempo algo superior (aproximadamente 10–15 segundos). Si el paciente sigue puntuando próximo a 0 USAs se pasará al ítem siguiente. Para algunos autores no se pasa al ítem siguiente mientras el paciente no alcance el valor de 0 USAs.

Durante el intervalo de presentación del estímulo ansiógeno el terapeuta analiza la situación, ya que puede ocurrir, por un lado, que el terapeuta observe respuestas de ansiedad en el paciente (ejemplo, empieza a moverse, tiende a cerrar los puños, arruga la frente...). Si permanece unos instantes así, el terapeuta le pide que deje de imaginar la escena y que se relaje de nuevo. Pasados unos segundos le describe de nuevo la misma situación. Por otro lado, el paciente puede informar que la puntuación USAs denote un nivel de ansiedad elevado. En este caso, el terapeuta actuará de modo similar al caso anterior. Si persiste la ansiedad e

incluso aumenta, el terapeuta interrumpe la escenificación para analizar conjuntamente las dificultades.

Cuando tras 3-4 presentaciones se siguen dando las mismas respuestas de ansiedad, resulta conveniente incluir un ítem intermedio.

El criterio para considerar que una escena está superada es la presentación en imaginación de al menos 2 veces consecutivas sin producir ansiedad.

Pasado al 2º ítem se procede a realizar el mismo procedimiento con cada uno de los ítems, generalmente dentro de cada sesión se suelen trabajar entre 3-4 ítems, a excepción de la primera, en la que se suelen hacer 1-2 ítems. La duración de cada sesión suele tener entre 30-40 minutos y los últimos minutos de la sesión se dedican a la relajación para terminar con una sensación agradable e incompatible con la presencia de la respuesta de ansiedad.

2ª Sesión: A partir de la 2ª sesión, estas duran 60 minutos, 30-40 para aplicar la DS, los 10-20 primeros se dedican a comentar dudas, dificultades o problemas que hayan ido surgiendo durante la realización de las tareas para casa llevadas a cabo entre sesiones.

En primer lugar, se revisan las tareas que se han llevado a cabo fuera de la sesión, en el caso de que se puedan llevar a cabo. A continuación cada sesión de DS comenzará, tras haberse relajado el paciente, por el último ítem desensibilizado con éxito en la sesión anterior.

En cada sesión se presentarán de 3-4 ítems. Finalmente se comentará el desarrollo de la sesión y se establecerán en la medida de lo posible tareas para casa con el fin de generalizar lo aprendido durante la sesión a la vida real. El número total de sesiones estará en función del número de ítems propuestos, del número de jerarquías que se hayan realizado y de la evolución del paciente.

- **Variantes.**

- Variantes Técnicas:

- **DS Automatizada.**
 - **DS Autodirigida.**
 - **DS en Grupo.**

- Variantes con estímulos exteroceptivos:

- **DS en Vivo.**
 - **DS por Contacto.**
 - **DS Enriquecida.**

- Variantes de afrontamiento:

- **DS de Autocontrol.**
 - **DS de Autoinstrucciones.**
 - Variantes Técnicas:

DS Automatizada: Aquí las instrucciones de relajación y las escenas de la jerarquía se graban en cintas de cassette. Este método resulta útil como método de apoyo para practicar en casa, y también en aquellos casos en que las sesiones han de espaciarse en el tiempo.

DS Autodirigida: También se llama autoadministrado o autodesensibilización sistemática. En este

procedimiento es el propio paciente el que se aplica la técnica, utilizando el material facilitado por el terapeuta y siguiendo un ritmo marcado por él mismo.

DS en Grupo: Consiste en la aplicación del mismo procedimiento de la DS tradicional pero adaptado a la aplicación en un grupo de personas que presentan el mismo problema.

- Variantes con estímulos exteroceptivos:

DS en Vivo: Los estímulos ansiógenos se presentan en forma real, no en imaginación. Ofrece la ventaja de que otorga mayores posibilidades de generalización de los logros adquiridos.

DS por Contacto: Aquí se combina el procedimiento de la DS con el modelado. Primero el terapeuta actúa como modelo exponiéndose a los estímulos ansiógenos y a continuación lo hace el paciente.

DS Enriquecida: Consiste en que se utilizan estímulos u objetos como diapositivas, fotografías, cassettes, etc... con el fin de que ayuden al paciente a imaginarse las situaciones o escenas de un modo más auténtico.

- Variantes de afrontamiento:

DS de Autocontrol: Es un procedimiento desarrollado por Golfried (1971). La base teórica que subyace consiste en que el paciente ha aprendido a reaccionar ante distintas situaciones poniéndose tenso o ansioso, y que por tanto el objetivo con la DS será ayudarle a enfrentarse a esas situaciones de forma más adaptativa, es decir, autocontrolándose.

Este procedimiento es similar al de la DS tradicional pero con algunas diferencias:

- Con el entrenamiento en relajación se pretende *que el paciente se centre en la identificación de las sensaciones o síntomas*, y que esto le sirva como *estímulos discriminativos para poner en práctica la relajación*.
- *No se elabora una jerarquía* como tal, sino que se incluye situaciones ansiógenas relacionadas con distintos problemas.
- *No se le dice al paciente que elimine la escena cuando comience a sentirse tenso*, sino que deberá mantenerla y se relajará para intentar disminuir la ansiedad (se autocontrolará).

DS con Autoinstrucciones: Consiste en entrenar a la persona en autoinstrucciones de afrontamiento, es decir, frases tranquilizadoras como por ejemplo: respira hondo, conserva la calma,... para que le ayuden a afrontar la situación.

6. Ámbitos de Aplicación

Sobre todo se utiliza en trastornos fóbicos, pero también en problemas con fondo de ansiedad.

Tema 5: Técnicas de condicionamiento encubierto.

- **Introducción.**
- **Bases teóricas**
- **Procedimiento.**
- **Técnicas.**
- **Eficacia de las técnicas.**

Técnica operante de administración encubierta, el sujeto se la administra hacia adentro.

- **Introducción.**

El condicionamiento encubierto (CE) es un modelo teórico que hace referencia a un conjunto de técnicas que utiliza la imaginación y que pretenden alterar la frecuencia de la respuesta de un individuo a través de la manipulación de sus consecuencias.

Los antecedentes del CE están en los estudios sobre la imaginación que subrayaban, por un lado, la importancia de las imágenes relacionadas con la memoria, el pensamiento y la propia conducta; y por otro lado, la utilización que de imaginación en el ámbito clínico o terapéutico.

Como técnica de intervención en el campo de la modificación de conducta, la imaginación comienza a tener interés especial con la publicación del primer trabajo de Wölpe (1958), autor que destaca el empleo de la imaginación en la técnica de la DS. A partir de este momento, se populariza el uso clínico de la imaginación.

En 1966, Cautela presenta una de las técnicas más representativas del CE, *la Sensibilización Encubierta (SE)*, con esta técnica se asientan las bases del CE y, posteriormente, se van a desarrollar otras técnicas, como por ejemplo el *reforzamiento positivo encubierto*, *reforzamiento negativo encubierto*, *modelado encubierto*, *coste de respuesta* y *detención del pensamiento*.

Las técnicas de CE, a diferencia de las técnicas cognitivo-conductuales, se basan exclusivamente en las teorías del aprendizaje.

- **Bases teóricas.**

- Homogeneidad o continuidad.
- Interacción.
- Aprendizaje.

- **Homogeneidad o continuidad.**

Existe una continuidad y una homogeneidad entre las conductas manifiestas y las conductas encubiertas; en otras palabras, los procesos encubiertos y manifiestos poseen una importancia y unas propiedades similares para explicar, mantener y modificar una conducta, por lo tanto, las conclusiones empíricas derivadas de los fenómenos manifiestos se suponen transferidos a los encubiertos.

- **Interacción.**

Se da una interacción entre los procesos manifiestos y los encubiertos, es decir, unos influyen en nosotros, por lo tanto, toda respuesta encubierta puede influir en la respuesta manifiesta y viceversa.

- **Aprendizaje.**

Los procesos encubiertos y observables se rigen de forma similar, por las leyes del aprendizaje.

- **Procedimiento.**

El procedimiento general de aplicación incluye 4 fases:

- Educativa.
- Entrenamiento.
- Aplicación.

- Consolidación y generalización.

- **Fase educativa o de presentación de las técnicas encubiertas y justificación razonada del uso de la técnica.**

El terapeuta explica la forma en la que se mantiene y se cambia una conducta mediante las técnicas encubiertas. Incluimos 4 puntos:

- Explicar la influencia de los pensamientos, imágenes y los sentimientos sobre la conducta.
- Tras haber hecho comprender la influencia del ambiente en el control de la conducta, el terapeuta plantea y demuestra la posibilidad de cambiar el comportamiento a través del aprendizaje.
- Comentar el funcionamiento de la terapia que consiste en imaginar conductas, acciones suyas o de otras personas, y las consecuencias que se derivan de ellas.
- Destacar la importancia de la imaginación y de la participación activa del paciente durante la presentación de las imágenes mentales. Es decir, que el paciente sienta que está viviendo realmente la situación, no sólo que se la imagine.

- **Entrenamiento o evaluación de la capacidad imaginativa y entrenamiento en imaginación.**

En esta fase el terapeuta evalúa la capacidad de imaginar del paciente. Para evaluar la claridad y emotividad de las imágenes mentales, se realiza de modo similar al proceso de aplicación de la DS. Existen diferentes apartados:

- Pide al paciente que se siente, se acomode y cierre los ojos.
- Dice al paciente que imagine con toda la nitidez posible la situación que le va a describir. Le recuerda que debe intentar mantenerse de lleno en la escena, como si realmente lo estuviera viviendo y no como un espectador pasivo.
- Indica al paciente que cuando haya conseguido imaginar claramente la escena levante un dedo de la mano.
- El terapeuta describe una escena relacionada con el problema del paciente. Pueden ocurrir 2 cosas:
- que el paciente no tenga ningún inconveniente con esta presentación mental, que la imagen se produzca con facilidad, sea clara y le provoque la emoción correspondiente. Aquí el terapeuta le dirá que lo repita el sólo, que vuelva a imaginar la escena.
- que el paciente muestre alguna dificultad a la hora de imaginar la escena mental. *Clases de dificultades:* que el paciente no sea capaz de meterse en esa situación, que requiera más tiempo para que pueda imaginar, que sea capaz de verla pero no de sentirla, etc. Según el motivo, el terapeuta debe hacer hincapié en unos aspectos u otros, para mejorar la situación previa de dificultad.

- **Fase de aplicación o decisiones de entrenamiento y aplicación.**

- El terapeuta *establece las pautas* de comunicación entre ambos a lo largo de las sesiones. Esta comunicación se establece de antemano. A nivel verbal la palabra cambio indica que se pasa de una imagen mental a otra; la palabra basta termina la representación de una determinada secuencia. A nivel gestual, levantar el dedo es indicativo de que el paciente ya ha visto lo que se le pide.
- Se comienza con la *aplicación de la técnica*. El terapeuta es quien realiza la técnica en un primer momento y, a continuación, entrena al paciente para que realice la secuencia sólo. Generalmente se suelen realizar unos 20 ensayos en cada sesión. El terapeuta repite 10 veces la secuencia y el paciente realiza otras 10 a nivel encubierto tras cada secuencia realizada por el terapeuta.

Para garantizar que la aplicación es efectiva, el terapeuta va explorando la calidad de la imaginación, la nitidez, la respuesta emocional, etcétera.

- **Fase de consolidación y generalización o de tareas para casa entre sesiones.**

El terapeuta prepara al paciente para que la técnica se convierta en un método de autocontrol y así maneje eficazmente su conducta. Para ello pide al paciente que primero practique en su casa las escenas descritas en la sesión. Segundo, que practique los ejercicios entre 10 y 20 veces en 2 momentos del día para afianzar los logros adquiridos y así mantener la conducta adaptada. Y tercero, para evitar que se produzca un efecto de habituación, se le indica al paciente que durante las escenas introduzca pequeñas modificaciones.

- **Técnicas.**

Operante.

Conducta *Refmnto Positivo Encubierto* * = Refmnto Positivo.

Refmnto Negativo Encubierto = Refmnto Negativo.

Conducta *Castigo Positivo Encubierto** = Castigo Positivo

Castigo Negativo Encubierto = Castigo Negativo

Extinción Encubierta = Extinción

Aprendizaje social.

Modelado encubierto * = Modelado.

Técnicas derivadas de las teorías del autocontrol.

*Detención del pensamiento.**

1. Técnicas que **aumentan la frecuencia de aparición de una **conducta**.**

Reforzamiento positivo encubierto.

Objetivo: aumentar la frecuencia de aparición de un comportamiento deseado a través de un reforzamiento positivo en imaginación.

Procedimiento: se pide al paciente que imaginé la conducta adaptada y a continuación que se autorrefuerce imaginariamente. Pasos previos:

- Ensayo de una escena agradable.
- Ensayo de una secuencia completa. 6 pasos:
- El terapeuta comienza con la descripción de la conducta adaptada.
- Espera a que el paciente señale que la imagen es correcta.
- El terapeuta pronuncia la palabra *refuerzo*.
- El terapeuta espera de 10–15 segundos para que el paciente se autorrefuerce.
- El terapeuta indaga sobre la calidad de la escena.
- El terapeuta pide al paciente que repita el proceso por sí solo.

2. Técnicas que **disminuyen la frecuencia de aparición de una **conducta**.**

- *Sensibilización Encubierta* (castigo positivo encubierto).

Esta técnica es análoga castigo positivo. Se utiliza fundamentalmente para modificar *conductas desadaptadas de aproximación* (por ejemplo alcoholismo: para conductas de acercamiento al alcohol).

Objetivo: disminuir la probabilidad de ocurrencia de una conducta desadaptada. Consiste en aplicar una consecuencia imaginaria (un estímulo aversivo imaginario) inmediatamente después de la ocurrencia o ejecución de un comportamiento desadaptado, es decir, consiste en disminuir la frecuencia de una conducta-respuesta desadaptada haciendo que ésta vaya seguida de un castigo.

Procedimiento: se pide al paciente que imagine la conducta desadaptada y, a continuación, que imagine un estímulo aversivo imaginario como consecuencia de la ejecución de la conducta desadaptada. Descripción del procedimiento:

- Se comienza relajando al paciente.
- El terapeuta comienza con la descripción de la escena correspondiente a la conducta desadaptada.
- Tras unos segundos, comienza con la descripción del estímulo desagradable en imaginación.
- El terapeuta intercala secuencias de conducta/s desadaptada/s con estímulos aversivos imaginarios.
- Pide al paciente que repita el proceso por sí sólo.

Los estímulos que son aversivos para un paciente son previamente seleccionados por él.

Las imágenes más frecuentemente usadas como estímulo o castigo aversivo son la náusea y el vómito, en las que se incluyen el olor, la vista, es decir, introducimos todas las modalidades sensoriales.

La Sensibilización Encubierta es una variación de la terapia aversiva, por lo que su uso puede producir, en algunas personas, reacciones de hostilidad, agresividad o falta de cooperación, a pesar de que los estímulos desagradables se presentan en imaginación y no físicamente.

Variantes:

- Sensibilización Encubierta Asistida: cuando se utiliza estimulación física.
- Sensibilización Encubierta Vicaria: consiste en visualizar a un sujeto o modelo en vez de a sí mismo.

3. Técnicas basadas en la teoría del aprendizaje social.

Técnica del modelado encubierto (ME).

Esta técnica fue ideada para aquellos pacientes que manifestaban que no eran capaces de imaginarse a sí mismos llevando a cabo determinadas conductas, pero que sí eran capaces de imaginarse a otras personas aplicando la técnica.

Se utiliza en personas que experimentan una alta ansiedad al enfrentarse a un problema, más concretamente, problemas relacionados con la interacción social.

Objetivo: consiste en aprender una conducta o modificar las ya existentes dentro del repertorio de conductas de una persona por medio de la exposición en imaginación del comportamiento de un modelo y de las consecuencias que les siguen de forma contingente a su actuación.

Procedimiento: se pide al paciente que imagine la escena que le va describiendo el terapeuta, siendo la duración de esta escena de un tiempo que varía entre 1 y 5 minutos.

Variantes:

- **Modelado encubierto de Coping:** consiste en que el modelo imaginado actúa de forma similar a como lo hace el paciente (indeciso, ansioso, etcétera). Tras ponerse en práctica las habilidades necesarias logrará dar una respuesta de afrontamiento.
- **Modelado encubierto de Mastery:** consiste en que el modelo no manifiesta desde el principio ningún tipo de ansiedad (es seguro, está relajado y da unas respuestas de afrontamiento).

4. Técnicas basadas en el **autocontrol**.

Técnicas de detención del pensamiento (DP)

Técnica que consiste en exponer al paciente a los pensamientos intrusivos, característicos de los obsesivos. Si la técnica de prevención de respuesta se utiliza para los rituales compulsivos y los obsesivos sin rituales conductuales, se utiliza la DP para interrumpir los pensamientos intrusivos.

Objetivo: reducir la frecuencia y la duración de los pensamientos intrusivos, haciendo que éstos sean controlados por el paciente.

Procedimiento: se pide al paciente que se concentre en el pensamiento intrusivo no deseado y que, a continuación, lo detenga y vacía su mente. Para detener el pensamiento se utiliza la orden stop, alto, para, basta, o bien golpeando en la mesa. Las ordenes funcionan como un castigo, como una distracción y como una respuesta positiva (porque podemos introducir algo positivo continuación).

Cuando vemos la técnica como una *respuesta positiva* también la podemos llamar *Aserción encubierta*.

Descripción del procedimiento: (La relajación del paciente es el paso previo).

- **La escena y la orden se dan de forma manifiesta** (en alto).
- El terapeuta describe la escena y el pensamiento generador de ansiedad.
- El paciente comienza a imaginar el pensamiento.
- El paciente levanta el dedo cuando comienza a tener intensamente el pensamiento obsesivo.
- El terapeuta dice: Stop, Alto...
- El paciente detiene el pensamiento.
- **La escena y la orden manifiesta.** Los pasos: 2.1, 2.2 y 2.3 se realizan de forma similar a la fase 1. El paso 2.4. El paciente da la orden en alto y 2.5. El paciente detiene el pensamiento.
- **Orden manifiesta y escena encubierta.** Pasos:
 - El paciente comienza a imaginar la escena y el pensamiento obsesivo.
 - El paciente levanta un dedo cuando comienza a tener intensamente el pensamiento.
 - El terapeuta da la orden en alto.
 - El paciente detiene el pensamiento.
- **Escena y orden encubierta.**
 - El paciente comienza a imaginar la escena y el pensamiento obsesivo.
 - Cuando comienza a tener intensamente el pensamiento, se dice de forma encubierta la orden.
 - Detiene el pensamiento.

Algunos autores incorporan, tras la orden de detener el pensamiento, la imaginación de una escena alternativa agradable, con la idea de que el paciente se relaje.

La técnica se practica durante 2 o 3 sesiones, repitiendo varias veces cada una de las fases. El terapeuta le indica que a medida que aumente el control de los pensamientos, éstos llegarán a ser menos perturbadores.

La DP, a pesar de ser la técnica más usada en TOC, muestra una eficacia limitada.

- **Eficacia de las técnicas.**

SE: conductas sexuales desviados. Adicciones. Obesidad.

ME: problemas de ansiedad (fobias y déficits de asertividad).

DP: pensamientos intrusivos obsesivos. TOC.

Tema 6: Técnicas de Biofeedback

- **Introducción.**
- **Modelos explicativos.**
- **Tipos de Biofeedback y trastornos a los que se aplica.**
- **Procedimiento de aplicación.**
- **Introducción.**

El biofeedback nace en Estados Unidos en los 70 como una forma más de tratar la enfermedad y de entender el proceso de curación. Los autores que defienden el empleo del biofeedback parten de la idea de que la persona puede controlar funciones fisiológicas y que este control lo realiza mediante procedimientos psicológicos. Para ello, la persona se convierte en el componente activo o responsable del proceso terapéutico y de su salud.

El primer manual de esta disciplina es de 1973 y su autor es Vygotsky, titulado *Biofeedback: medicina comportamental*.

Definición de biofeedback: procedimiento o técnica que permite a través del empleo de aparatos específicos obtener información inmediata, directa, precisa y continua de la persona acerca de los procesos psicofisiológicos permitiéndole percibir la actividad fisiológica del organismo y someterla a control voluntario.

Objetivo: que la persona obtenga un control voluntario de la/s respuesta/s fisiológica/s relacionadas con un problema específico.

Objetivo final: – Resolver un trastorno o alteración, es decir, curar a la persona.

– O bien, prevenir la aparición de un problema o cuadro médico.

Fases del proceso de biofeedback. Existen cinco fases:

- Detección.
- Amplificación.
- Procesamiento y simplificación.
- Conversión.
- Feedback.

- **Modelos explicativos.**

Si en la práctica está demostrada la eficacia de las técnicas de biofeedback, lo que se cuestiona es el proceso a

través del cual se consigue esa eficacia. Aunque *a nivel teórico* se plantea un número amplio de modelos explicativos, en la *práctica* destaca básicamente el modelo de condicionamiento operante.

La **explicación operante** del biofeedback supone que *la información o feedback facilitada a la persona sobre la respuesta fisiológica a través de los cambios observados en el indicador del aparato opera como un reforzador. Este hecho aumenta en ensayos sucesivos la probabilidad de que el individuo emita la respuesta fisiológica responsable de los cambios observados en el aparato*. Por tanto, la información o feedback tiene un poder reforzador en cuanto es indicativo de que la persona está cumpliendo las metas establecidas para el control de la respuesta fisiológica registrada.

- **Tipos de biofeedback y trastornos a los que se aplica.**

- El biofeedback **EMG**: proporciona información de la **actividad del músculo o grupo muscular** sobre el que se colocan los electrodos. Habitualmente se colocan en la frente, en los denominados músculos llave.

A mayor activación del SN Mayor *tensión muscular*.

Se aplica en problemas de *ansiedad, estrés, cefaleas de tensión, dolores de espalda...* siempre que haya una tensión muscular.

- El biofeedback de **Respiración**: proporciona información del **cambio en la capacidad pulmonar** producida por la contracción y relajación de los músculos intercostales y abdominales.

A mayor activación del SN Mayor *cambio en el ritmo respiratorio*. La respiración se mide con un neumógrafo, que se coloca en el tórax.

Objetivo: *normalizar la respiración.*

Se aplican en trastornos de *ansiedad, estrés* y, específicamente, en el *asma* (para evitar crisis fuertes).

- El biofeedback **electrodérmico de la Respuesta Galvánica**. *Respuesta dermoeléctrica, respuesta electrodérmica, respuesta psicogalvánica.*

Nos da información acerca de la **respuesta de Conductancia** de la zona de la piel en la que se colocan los electrodos, que normalmente es en los dedos índice y corazón.

A mayor activación del SN Mayor *conductancia* (mayor sudoración).

Objetivo: *disminuir la conductancia.*

Problemas en los que se aplica: *ansiedad, estrés, problemas de sueño, alimentación... arritmias, dolor de cabeza*, en casi todos donde hay un fondo de ansiedad y estrés. En cualquier persona que quiera *autocontrolarse*.

- El biofeedback **ECG** (electrocardiográfico). Proporcionó información del **número de latidos cardiacos por unidad de tiempo**. En condiciones normales el ritmo oscila entre 60–100 latidos (+100 = Taquicardia, –60 = Braquicardia).

A mayor activación del SN Mayor *tasa cardiaca*.

Objetivo: *que el paciente se controle entre los valores normales.*

Problemas de los que se utiliza: *hipertensión, taquicardias, arritmias, ansiedad y estrés.*

- El biofeedback de la **Presión Sanguínea**. Proporciona información acerca de la ***fuerza de contracción de las paredes de los vasos sanguíneos*** al pasar el flujo de sangre.

Se mide con el estignomanómetro, con el que se obtienen dos informaciones:

- *La presión sistólica* (P.A.S, valores entre 18 y 17, la alta). Momento de mayor contracción del corazón.
- *La presión diastólica* (P.A.D., la baja). Momento de mayor relajación del corazón.

Problemas en las que se utiliza: *hipertensión, hipotensión, ansiedad, estrés...*

La *mayor eficacia* se da cuando trabajamos con la sistólica.

Síndrome vasovagal: a un hematofóbico todas las respuestas le aumentan, pero en un momento la tasa cardiaca y la presión sanguínea bajan de pronto y se desmaya.

- El biofeedback del **Volumen Sanguíneo** (VS) . Da información de la ***cantidad de sangre que pasa por un determinado vaso sanguíneo*** sobre el que se coloca el electrodo.

Se mide con un fotopletismómetro. Permite captar la cantidad de sangre en una zona determinada, puesto que la sangre refleja la luz del aparato. Cuanto mayor sea la luz reflejada es que existe mayor cantidad de sangre.

A mayor activación del SN *Menor volumen sanguíneo*, ya que toda la sangre se concentra en un punto del organismo y hay menos flujo de sangre.

Problemas en los que se utiliza: *migraña y enfermedad de Raynaud*

Objetivo: *conseguir que aumente el flujo sanguíneo y se relaje más.*

- El biofeedback de la **Temperatura Periférica**. Proporciona información de la ***temperatura periférica*** de las zonas del cuerpo en la que se coloca el electrodo.

A mayor activación del SN *Mayor vasoconstricción* que dará lugar a una *disminución de la temperatura periférica*.

Problemas en los que se aplica: *vasculares, enfermedad de Raynaud, poco en la migraña.*

- **Procedimiento de aplicación.**

La técnica básica que utilizamos para entrenamiento en autocontrol es la relajación.

El entrenamiento se distribuye en 3 pasos/fases:

- Sesión inicial de demostración.
- Sesiones de entrenamiento.
- Finalización del entrenamiento.

- **Sesión inicial de demostración.**

Para demostrar como se lleva a cabo el entrenamiento:

- Explicarle la regulación psicofisiológica.
- Darle información detallada sobre la respuesta/s que se va a encontrar (explicarle todo acerca de la respuesta que vamos a modificar, cómo es ahora y cómo debería ser).
- Explicación de las características del aparato:
- Qué es un electrodo, para qué sirve.
- El gel y para qué es.
- Los botones y cables del aparato.
- Se lleva a cabo un ejemplo donde el terapeuta se pone en el aparato, se coloca los electrodos y demuestra cómo funciona.
- Hace una demostración sencilla (ejemplo imagina que tienes una mujer desnuda delante –el sonido pita–).

• **Sesiones de entrenamiento.**

- La *duración* es aproximadamente de entre 30 y 40 minutos.
- *Estructura de la sesión*: puede variar, cambiamos de una técnica a otra en las diferentes sesiones.
- Número de *sesiones*, de *ensayos* por sesión y *duración* del ensayo.
- *Nivel de exigencia*: empezar con exigencias muy bajas.
- *Empleo de instrucciones*: antes de cada ejercicio para que el paciente sepa qué vamos a hacer con él.
- *Feedback y retroalimentación*: siempre se informa al paciente de los resultados al final de la sesión.
- (Se utilizan fichas de registro).
- **Finalización del entrenamiento.**

Lo damos por finalizado cuando el paciente ha conseguido la generalización de los logros adquiridos durante las sesiones del entrenamiento a su entorno habitual. El entrenamiento finaliza cuando se han alcanzado los niveles adecuados en las respuestas fisiológicas y se mantiene esta mejoría sin la ayuda de aparato ni del terapeuta en diferentes situaciones de su vida diaria.

Tema 7: Entrenamiento en Habilidades Sociales

y Déficits de Asertividad

- **Introducción.**
- **Modelos explicativos de los comportamientos inadecuados**
- **Entrenamiento en HS. (EHS)**

• **Introducción.**

Las Habilidades Sociales (HS) se desarrollaron a partir de los 60 (momento de desarrollo de la modificación de conducta). Al definir HS se utilizan dos términos que para algunos autores son similares pero no para otros. Estos dos términos son *habilidades sociales* y *asertividad*.

Asertividad: capacidad del individuo para expresar lo que siente, defender sus derechos, negarse ante peticiones, acoger halagos, etcétera. Es la *capacidad de autoafirmarse*.

HS: es un concepto más amplio, supone el ser asertivo y además incluye la capacidad para captar emociones, sentimientos, etc., de los demás, es decir, saber traducir las conductas de los otros con un significado real. Además, la capacidad para iniciar y mantener interacciones con otras personas, también la capacidad de gratificar al otro en una conversación, saber escuchar, etcétera.

Los elementos que se utilizan como vehículo de transmisión de los mensajes se denominan componentes

moleculares y se clasifican en 3 tipos:

- No verbales.
- Paralingüísticos.
- Verbales.
- **Componentes no verbales:** mensaje que se transmite paralelo e independientemente a la comunicación verbal. Es imposible no comunicarse. Elementos como la mirada, la expresión facial, la sonrisa, los gestos, la postura corporal, la orientación, la distancia o contacto físico y la apariencia personal.
- **Paralingüísticos:** son la forma de expresar o transmitir un mensaje. Elementos más importantes: volumen, entonación, fluidez, claridad, velocidad y el tiempo de habla.
- **Componentes verbales:** elementos que componen el fondo del mensaje. El más importante es el contenido.

En la conducta interpersonal existen 3 estilos de respuesta o conductas:

- **Agresivo:** respuesta en la que el que habla ignora o limita los derechos, sentimientos, opiniones o necesidades del que escucha.

Objetivo: *dominación*.

La persona con un estilo agresivo puede **expresarse** de manera directa o indirecta:

- La directa: insultos, amenazas, expresiones hostiles y humillantes y gestos amenazantes como miradas o ataques físicos.
- La indirecta: expresiones sarcásticas, comentarios rencorosos, murmuraciones, gestos físicos realizados cuando la persona mira hacia otro lugar o actos físicos dirigidos hacia otros objetos.

El **tono** de la respuesta agresiva es de *mando, exigente, cruel*, etcétera, manifestando *indiferencia* por los sentimientos de los demás.

Las **consecuencias** de la conducta agresiva son:

- A corto plazo *positivas y negativas* (positivas por el sentimiento de poder y porque se consigue lo que se desea y, negativas porque que se encuentre una persona igual que él). La contraagresión directa o indirecta por parte del otro. En algunos casos se dan sentimientos de culpa.
- A largo plazo son *negativas*, conllevan tensión en las relaciones interpersonales, evitación de futuros contactos y aislamiento por evitación de los demás.
- **Pasivo:** respuesta en la que quedan ignorados, violados o suprimidos los derechos, sentimientos, necesidades u opiniones de la propia persona.

Objetivo: apaciguar a los demás y evitar conflictos a toda costa. La persona permite que el otro salga vencedor.

El **tono** de una respuesta pasiva es de pasar desapercibido, de *timidez*, de *retraimiento*, refleja un estilo de *personalidad poco fuerte*, de un *bajo autoconcepto*.

Las **consecuencias** son:

- A corto plazo son también *positivas y negativas*. Positivas porque evita conflictos, negativas porque no consiguen su objetivo.
- A largo plazo son *negativas*, aislamiento, ansiedad, sentimientos de culpa, baja autoestima, depresión, etc...

- **Asertivo:** respuesta que reconoce las necesidades, sentimientos y derechos sin violarlos, tanto del que habla como del que escucha. La persona intenta dar una solución posible y mutuamente satisfactoria basada en el respeto.

El **tono** es *sincero, positivo, directo, no defensivo, constructivo, etc...*

Las **consecuencias** de la conducta asertividad son en la mayor parte de las situaciones *favorables* para las partes implicadas en general. El resultado de ser asertivo es una disminución de la ansiedad, relaciones íntimas, un aumento del respeto hacia sí mismo y una mejor adaptación social. A corto y a largo plazo son *positivas*.

- **Modelos explicativos de los comportamientos inadecuados.**

Los modelos explicativos dicen porque una persona se comporta de manera socialmente inadecuada. Existen 4 *modelos* que son a su vez *complementarios*:

- Modelo de **déficit de conducta.**

El fracaso se explica por la carencia de determinados comportamientos adecuados dentro del repertorio conductual de la persona. Hay personas que tienden a poseer los elementos básicos (ejemplo: contacto ocular, vocabulario adecuado...) para mayoría de las situaciones, sin embargo el fracaso se produce cuando intentan combinar los elementos ante situaciones nuevas (ejemplo, ante la entrevista de trabajo).

El **objetivo** principal de la intervención será la *enseñanza*, adquisición, de aquellas *conductas adecuadas*, necesarias, mediante el entrenamiento en HS.

- Modelo de déficit en H. perceptivas y cognitivas: ***discriminación defectuosa.***

Las conductas inadaptadas se deben a la carencia o al uso erróneo de las habilidades perceptivas y cognitivas en una persona, produciéndose discriminaciones sociales. El fracaso se explicaría como una interrupción en algún punto del proceso sin saber discriminar adecuadamente cuál es la conducta más adecuada para resolver la situación, ejemplo: en una fiesta a acercarse una persona a otra puede ser para conversar, preguntar algo, etc. y no para reírse del otro.

Objetivo de la intervención: *enseñar* a la persona *a percibir, discriminar y traducir* más adecuadamente *las señales* o mensajes *sociales* y planificar estrategias de actuación para resolver situaciones conflictivas.

Técnica: entrenamiento en solución de problemas.

- Modelo de **Inhibición de Respuesta por Ansiedad Condicionada.**

Las personas tienden a poseer dentro de su repertorio de conductas las conductas y habilidades necesarias, pero no las manifiestan debido a la ansiedad condicionada a ciertos estímulos sociales (ejemplo, pensamientos del otro sexo). Ejemplo: profesor que empieza a dar clase y se muestra tartamudo, sudando, etcétera, interfiriéndole en su trabajo y no puede dar la clase aunque sepa el contenido y lo haya practicado en solitario.

Objetivo: *eliminar o disminuir la ansiedad* hasta controlarla.

Se usan **técnicas** de relajación, la DS con exposición si existe el componente fóbico de evitación.

- Modelo de **Inhibición de Respuesta por Evaluación Incorrecta.**

Las personas conocen y poseen las conductas adecuadas, pero tienden a interpretar o percibir de modo incorrecto su actuación, su autoevalúan negativamente o temen las posibles consecuencias de su actuación en forma de crítica y desaprobación de los demás. El fracaso se da porque esta evaluación cognitiva negativa les lleva a evitar las situaciones o a inhibir el comportamiento adecuado.

Objetivos: *cambio de creencias y evaluaciones incorrectas.*

Se utilizan **técnicas** de *reestructuración cognitiva*, fundamentalmente la *terapia racional emotiva* (TRE) de Ellis y el *entrenamiento en autoinstrucciones* de Maichenbaum.

- **Entrenamiento en HS.**

- **Consideraciones básicas** (se verá en prácticas).

- **Entrenamiento.** Se utilizan 5 técnicas:

- Instrucciones: información que se da a persona al comienzo y durante las sesiones.

El **objetivo** es proporcionar una base y explicación razonada sobre los ejercicios y ensayos con el fin de que la persona esté al corriente de lo que se va a llevar a cabo (ejemplo: "vamos a trabajar sobre la conducta inicial y mantenimiento de una conversación").

Las **instrucciones** durante la sesión consisten en ofrecer información específica sobre lo que constituye una respuesta apropiada (ejemplo: "quiero que practiques la mirada a la cara de lo otro cuando hables con él), y ofrecer información detallada sobre la naturaleza y el grado de discrepancia entre su ejecución y el criterio adecuado (ejemplo: bajar la mirada continuamente al hablar con el otro denota timidez y sumisión, la respuesta adecuada es mirar a la cara y concretamente a la parte superior, contacto ocular denota seguridad y dominio de la situación).

- Modelado: aprendizaje por medio de la imitación de un modelo (individual o en grupo).

Objetivo: aprender modos de actuación adecuadas a través de la observación del modelo. Se presenta en vivo o en video.

Ventajas: permite captar cuáles son los componentes no verbales y paralingüísticos de una conducta. Facilita el mostrar y no sólo explicar la conducta.

- Role Play (ensayo de conducta, representación de papeles): consiste en la representación de conductas en la que se pide a la persona que se comporte de una manera determinada.

Objetivos: aprender a modificar modos de respuesta no adoptadas sustituyéndolas por otras respuestas más adecuadas. En el ensayo el paciente representa escenas cortas similares a las de la vida real que le crean dificultad, previamente se le pide que describa brevemente el desarrollo de una situación–problema real, a través de preguntas: qué, quienes, dónde, cuándo, cómo.

- Feedback: da información específica a la persona sobre su actuación inmediatamente después de la representación.

Objetivo: moldear la conducta recompensando las aproximaciones sucesivas a la conducta adecuada y aumentar la probabilidad de que se realice una determinada conducta adecuada. Junto al Feedback se ofrece reforzamiento positivo, que lo da el terapeuta, los otros miembros del grupo y el propio sujeto (cualquiera de estos tres). Puede ser verbal o no verbal.

- Tareas para casa: realización de ensayos de conducta que la persona ha de poner en práctica en la vida real en el intervalo de tiempo que transcurre entre una sesión y la siguiente.

Objetivo: generalizar los logros a la vida diaria.

Cada sesión comienza y termina con una discusión sobre las tareas para casa. Al comienzo para resaltar los éxitos alcanzados y al final para especificar las tareas a realizar en función de los objetivos conseguidos.

Tema 8: Técnicas Cognitivas

• Técnicas de reestructuración cognitiva.

- Terapia Racional Emotiva de Ellis.
- Terapia Cognitiva (Beck).
- Técnicas para modificar imágenes
- Técnicas para aliviar los síntomas afectivos
- Inoculación de estrés
- Reestructuración Racional Sistemática.
- Entrenamiento en Autoinstrucciones.

• **Terapia Racional Emotiva (TRE).**

• Introducción.

Fue desarrollada por Ellis a partir de 1962. Son dos los hechos que impulsaron a éste a la elaboración de las TRE:

- La observación de la escasa eficacia que obtenía en la clínica con el tratamiento psicoanalítico para resolver las dificultades emocionales y
- La influencia del pensamiento filosófico de los estoicos, quienes sostenían que la perturbación emocional no está directamente provocada por la situación, sino por la interpretación que las personas hacen de ella.

La idea básica sobre la que desarrolla su teoría es que *las personas tienen ideas irracionales y filosofías de la vida que aunque inventadas por ellas mismas, las mantienen dogmáticamente y les producen perturbaciones emocionales, cognitivas y conductuales.*

• Bases teóricas.

La idea básica es que *existe una interrelación entre los procesos psicológicos humanos en los que emociones, cogniciones y conductas se superponen*, en otras palabras, la forma en la que percibimos los hechos interactúan con nuestra evaluación cognitiva, con nuestras emociones y conductas. Esta última idea es de 1984.

La causa de las perturbaciones es la forma de pensar del sujeto, es decir, la manera cómo interpreta su ambiente y sus circunstancias y las creencias que ha desarrollado sobre sí mismo, sobre otras personas y sobre el mundo en general. (por ejemplo: creencia de uno mismo: si fracaso en el mundo estaré siempre sólo; sobre los demás: tengo que hacer el bien para que me quieran; sobre el mundo: las personas han de ser egoístas para dominar a los demás).

Esquema básico A-B-C

A ! Es el acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta a una persona. Esto va a provocar una/s consecuencia/s.

B ! (Creencia). Es la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que tiene la persona como respuesta a A.

C ! Es la consecuencia emocional o conductual de la persona.

C no es causa directa de A, sino que C es causada por B (creencia acerca de A).

Ejemplo:

A	B	C
Mi hija va a casarse	Debo intentar que no se case	Emocional: deprimida Conductual: no ayuda en los preparativos.
	Me da igual (indiferencia)	E: indiferencia. C: ayudará
	Me alegro que mi hija se case	E: alegría. C: ayudará

• Objetivos.

Objetivos iniciales: Identificar los pensamientos irracionales del paciente y ayudarle a reemplazarlos por otros más racionales que le permitan lograr con más eficacia metas del tipo personal (por ej.: realizarse personalmente, establecer relaciones con otras personas, y ser feliz).

Objetivo final: alterar el sistema de creencias de una persona y ayudarle a generar una nueva filosofía de la vida.

• Fases de la TRE.

- Determinar el/los problema/s del paciente:
- Preguntarle al paciente sobre qué situaciones o estímulos son los que le generan respuestas o consecuencias emocionales y conductuales alteradas.
- Detectar cuáles son esas consecuencias, preguntándole al paciente qué siente, cómo actúa; también a través de la experiencia profesional del terapeuta (por ejemplo, ante una muerte se sabe que el paciente durante un tiempo va a estar mal).
- Explicar al paciente el esquema A-B-C

Explicaremos al paciente el método a seguir para resolver su problema. Se le expondrá con claridad que, en primer lugar, se va a trabajar con las creencias irracionales (B) que generan los problemas emocionales y de conducta. Una vez vaya adquiriendo creencias más racionales, en segundo lugar, la terapia se dirigirá hacia los problemas ambientales o exteriores (A).

- Detectar las ideas irracionales.

<i>Pensamientos Irracionales:</i>	<i>Pensamientos Racionales</i>
• Son dogmáticos o absolutistas.	• Son probabilísticos, preferenciales o relativos.

• Se expresan en forma de obligación, necesidad imperiosa o exigencia. • Su consecución provoca reacciones negativas inapropiadas que <i>interfieren</i> en la consecución de metas, y generan alteraciones de la conducta. • Subjetivo, inconsistente con los hechos externos. • Inflexible, absolutista, rígido. • Genera emociones inadecuadas. • Entorpece nuestras metas.	• Se expresa en forma de deseos o gustos. • Cuando no se consigue lo que desea, los sentimientos negativos de malestar o insatisfacción no impiden el logro de nuevos objetivos o propósitos. • Objetivo, consistente con hechos externos. • Flexible, moldeable a las situaciones. • Capaz de generar emociones adecuadas. • Ayuda a conseguir nuestras metas.
---	--

Ellis considera que la mayoría de las ideas irracionales se podrían agrupar en 10 categorías (núcleos). Estas están en la raíz de la mayor parte de los trastornos emocionales (en prácticas):

- Necesidad de ser querido por todo el mundo.
- Necesidad de ser valioso.....

Las 10 categorías se resumen en 3 nociones básicas:

- Tengo que actuar bien y tengo que ganar la aprobación por mi forma de actuar.
- Tú debes actuar de forma agradable, considerada y justa conmigo.
- Las condiciones de mi vida tienen que ser buenas y fáciles para que pueda conseguir prácticamente todo lo que quiera sin mucho esfuerzo o incomodidad.

La **labor del terapeuta** es *obtener las ideas irracionales del pensamiento*. ¿Cómo obtenerlas? A través de la información que nos facilita el mismo paciente o a través de algún instrumento concreto (*cuestionario de ideas irracionales*, Davis y cols., 1985).

- Debatir y discutir las ideas irracionales.

La TRE utiliza diferentes técnicas provenientes de otras orientaciones terapéuticas que sean consistentes con su teoría, es decir, represente un tipo de eclecticismo al que se le conoce con el nombre de *Eclecticismo teórico consistente*.

- **Diálogo Didáctico Guiado o Socrático.**

Consiste en *confrontar opiniones entre el terapeuta y el paciente*. El primero dialoga sobre los pensamientos irracionales del segundo, tratando de desmontarlos, haciéndole ver su inconsistencia y sustituyéndolos por otros más racionales.

El mensaje que sugiere Ellis es contradecirles directamente utilizando preguntas:

- preguntas que intenten evaluar la evidencia o consistencia lógica de las afirmaciones del paciente.
Ejemplos:
 - ¿Cómo probaría usted eso?
 - ¿Por qué le resulta tan evidente?
 - ¿Por qué es verdad?
 - ◆ Preguntas que cuestionen la tendencia al catastrofismo.
 - ◆ ¿qué ocurriría si...?
 - ◆ ¿por qué resultaría eso tan horrible?
 - ◆ ¿qué tendría que suceder para que...?
 - ◇ Preguntas que esclarecen el nivel hedónico de los pensamientos del paciente.

- ◇ ¿merece la pena intentarlo?
- ◇ ¿qué satisfacciones encontraría a largo plazo?
- ◇ ¿cómo cree usted que se sentiría si piensa así?
- ◇ **Entrenamiento en Autoinstrucciones.**

Procedimiento utilizado fundamentalmente en *pacientes con dificultad para realizar una refutación cognitiva*.

Consiste en que el paciente se diga una serie de frases racionales como método para contrarrestar sus ideas irracionales. Estas frases se las repetirá varias veces al día y sobre todo cada vez que se encuentre en la vida cotidiana con acontecimientos activadores (A) que vayan acompañados de consecuencias emocionales o conductuales desadaptadas.

◇ **Imaginación (fantasía) Racional Emotiva.**

Objetivo: proporcionar al paciente un método de entrenamiento en imaginación que le ayude a cambiar emociones negativas por otras más adecuadas en las situaciones (A) en las que normalmente aparecen estas emociones perturbadoras.

Existen dos propuestas:

◇ **Ellis.**

Se recomienda en las primeras etapas, pues permite al paciente la exploración de la conexión A-B-C.

Fases:

- ◇ Se le pide al paciente que se relaje.
- ◇ Se le pide que imagine vividamente (con todo detalle) una situación específica de alto contenido emocional para él.
- ◇ Cuando el paciente indica que lo puede imaginar con claridad se le pregunta por las emociones negativas que está experimentando (depresión, angustia,...).
- ◇ Se le pide que trate de cambiar esas emociones negativas por otras más adaptativas (tristeza, descontento, malestar...).
- ◇ Se le pide que indique y describa qué tipo de pensamiento ha utilizado para cambiar esas emociones negativas por otras más adaptativas.
- ◇ **Maultsby.**

Es preferible utilizarla en etapas posteriores con la idea de practicar e inculcar hábitos de pensamiento racional.

Fases:

- ◇ El terapeuta y el paciente buscan creencias racionales alternativas tras el debate de las creencias irracionales de una situación específica de alto contenido emocional.
- ◇ Se le pide que se relaje profundamente.
- ◇ Se le indica que imagine vividamente la situación de alto contenido emocional.
- ◇ Se le pide que se imagine a sí mismo debatiendo las ideas irracionales que vayan surgiendo y que aplique las ideas racionales alternativas entrenadas.
- ◇ Tras el cambio a ideas más adecuadas, se le pide que intente sentir de acuerdo con

estos nuevos pensamientos.

◇ **Ensayo de Conductas o de representación de papeles.**

Objetivo: enseñar al paciente a discutir y ensayar creencias racionales mediante la representación de situaciones de malestar emocional. En la consulta se representan algunas de las situaciones en las que el paciente siente malestar emocional o se comporta de manera inadecuada debido a sus pensamientos. Durante la representación surgen las creencias irracionales y el terapeuta discute con el paciente, ensayando nuevas creencias racionales adecuadas para la situación. Posteriormente realizamos un cambio de roles, adoptando el paciente el papel del terapeuta y, por lo tanto, siendo el que debate y cuestiona las creencias.

◇ **Conseguir un nuevo efecto o filosofía.**

El objetivo final de la TRE es un cambio de filosofía que permita a la persona pensar de un modo casi automático de forma más lógica tanto sobre uno mismo como sobre los demás y sobre el mundo. Para conseguir este objetivo se trabaja con lo que Ellis denomina Fortalecimiento del Hábito, es decir, que el paciente tendrá que ir trabajando en interiorizar las nuevas creencias a través de los diferentes procedimientos utilizados durante el proceso terapéutico, así como también a través de la realización de tareas de enfrentamiento con los acontecimientos activadores (A). A través de estas tareas se pretende que el paciente tenga el mayor número de contactos posible con los acontecimientos activadores que suscitan ideas irracionales (B) para que pueda detectar y darse cuenta de las consecuencias emocionales (C) que las acompañan. Esto permitirá al paciente debatir sus propias creencias y fomentar ideas racionales hasta ir consiguiendo cambiar su filosofía de vivir.

◇ **Ámbitos de aplicación.**

En problemas sexuales y de pareja, ansiedad, agorafobia, miedo a hablar en público, alcoholismo y drogas.

◇ **Terapia Cognitiva (TC)**

◇ **Introducción.**

La TC fue formulada por Beck desde los años 70 hasta principios de los 80. Para la formulación de su teoría Beck se basó en las descripciones que los pacientes con depresión y en sus experiencias. Observó que estos adoptaban sistemáticamente una visión negativa debida a formas distorsionadas de interpretar la realidad. Esta visión negativa afectaba a 3 áreas importantes: 1. Uno mismo, 2. El mundo y, 3. El futuro.

La idea básica sobre la que describe su teoría es que la percepción subjetiva y la manera idiosincrásica en que una persona estructura sus experiencias determinan sus sentimientos y su conducta.

La primera obra es del año 1967 y se titula Causas y trastornos. En ella enuncia su modelo y la teoría sobre la depresión.

◇ **Bases teóricas.**

Esquemas Básicos Pensamientos Automáticos Desajuste emocional

y/o conductual

Acontecimientos

vitales estresantes

Los elementos clave para el desajuste emocional y/o conductual son 4:

- ◇ **Esquemas Básicos:** son conceptos adquiridos y desarrollados durante la infancia a través de experiencias personales negativas, de la identificación con personas significativas o de la percepción de actitudes negativas de los otros que le sirven para organizar su propio sistema cognitivo, es decir, los esquemas básicos determinan qué situaciones serán consideradas como importantes y qué aspectos de la experiencia serán los relevantes para la toma de decisiones.

Estos esquemas con contenido negativo constituyen la Diatésis o predisposición cognitiva; sin embargo, la existencia de estos esquemas negativos no es suficiente para que aparezca la depresión sino que pueden permanecer latentes.

- ◇ **Pensamientos Automáticos:** son cogniciones negativas que responden a 4 características:
 - ◇ Aparecen como si fueran reflejos ! sin ningún proceso de razonamiento previo.
 - ◇ Son irracionales o inadecuados.
 - ◇ Al paciente le parecen totalmente ciertos y los acepta como válidos.
 - ◇ Son involuntarios.

Los pensamientos automáticos están relacionados con el concepto de la Triada Cognitiva. Ésta hace referencia a actitudes y creencias que inducen a la persona a percibirse a sí mismo, al mundo y al futuro desde un punto de vista negativo.

- ◇ **Visión negativa de sí mismo.** Hace que la persona se perciba como incompetente, inadecuada y desgraciada.
- ◇ **Visión negativa del mundo.** Provoca que la persona perciba las demandas del medio como excesivas o llenas de obstáculos insuperables y considera, por tanto, que el mundo está desprovisto de interés, gratificaciones y alegrías.
- ◇ **Visión negativa del futuro.** Proviene de la convicción de que ningún aspecto que perciba o experimente en el presente podrá modificarse en el futuro a no ser para aumentar las dificultades o el sufrimiento. Su resultado es la desesperanza del individuo.

De estos patrones cognitivos negativos se derivan los diferentes síntomas conductuales/emocionales que se dan en la depresión (falta de energía, pensamientos suicidas), síntomas que refuerzan y confirman los pensamientos asociados a la Triada Cognitiva.

- ◇ **Distorsiones Cognitivas:** son errores en el procesamiento de la información que las personas depresivas presentan como consecuencia de la activación de los esquemas cognitivos negativos. Función de las distorsiones:
 - ◇ Facilita los sesgos que se producen a la hora de percibir el medio, es decir, tiene el efecto de cambiar lo que podría ser un acontecimiento ambiguo o inocuo en uno que se experimenta como negativo.
 - ◇ Mantienen la validez de las creencias negativas acerca de sí mismo, del mundo y del

futuro.

Distorsiones cognitivas más frecuentes:

- ◇ **Inferencia arbitraria:** proceso mediante el cual la persona extrae conclusiones sin evidencia empírica suficiente, e incluso con evidencia contraria (depresivo: nadie me quiere porque soy un desastre).
- ◇ **Abstracción selectiva:** consiste en conceptualizar una experiencia basándose únicamente en uno o en algunos pocos detalles, desestimando el contexto y dejando al margen otras informaciones o elementos más relevantes en esa situación (por ej.: he realizado fatal el examen; me he equivocado en un problema de los 10 que he hecho).
- ◇ **Generalización excesiva:** consiste en extraer una regla general o una conclusión basándose en algunos detalles o incidentes y se aplica a otras situaciones, tanto similares como diferentes (por ej.: bulímica: no he sido capaz de contenerme; nunca podré ser una persona como las otras).
- ◇ **Maximización y Minimización:** consiste en aumentar o disminuir el grado de significación de un suceso hasta distorsionarlo (por ej.: se me ha caído el agua en la mesa; ves como todo lo hago mal).
- ◇ **Personalización:** tendencia a atribuirse a uno mismo sucesos o acontecimientos externos sin datos objetivos suficientes para dicha atribución (por ej.: accidente de tráfico: mi mujer ha muerto porque yo no le he dado conversación y se ha que dado dormida).
- ◇ **Pensamiento absolutista y dicotómico:** tendencia a categorizar las experiencias en polos opuestos sin tener en cuenta los posibles puntos intermedios y reservando el polo negativo para la descripción y valoración de sí mismo (nunca lo conseguiré, soy un fracasado).
- ◇ Acontecimientos vitales estresantes: son hechos o acontecimientos que pueden activar esquemas básicos disfuncionales.

El hombre es como un sistema que procesa información del medio, construye la realidad mediante la selección, codificación, almacenamiento y recuperación de la información presente en el medio. Antes de emitir una respuesta clasifica, evalúa y asigna un significado a los estímulos en función de sus esquemas cognitivos. Para Beck, en los trastornos emocionales existe una distorsión o sesgo sistemático en el proceso de la información y el elemento responsable de la emisión de respuestas emocionales y/o conductas desadaptadas sería la *estructura cognitiva negativa de la situación*, fruto de la activación de esquemas latentes.

◇ **Procedimiento de Aplicación.**

El **objetivo** de la TC es la *identificación y modificación de los procesos cognitivos desadaptados de una persona*.

La labor del terapeuta es ayudar al paciente a que se de cuenta de:

1. Cómo construye el mundo que percibe, y
2. Cómo ese modo de construirlo se encuentra en la base de sus emociones y conductas.

Estructura de las sesiones:

- ◊ *Comienzo*: revisión de las tareas encomendadas en la sesión anterior.
- ◊ Posteriormente el terapeuta presenta al paciente los problemas o cuestiones específicas a tratar durante la sesión y las técnicas para resolverlo.
- ◊ Al final de cada sesión se diseñan las tareas para realizar el paciente entre las sesiones.
- ◊ Las tareas deben surgir de las cuestiones tratadas en la sesión. Se graduará en dificultad para que el paciente pueda obtener experiencias con éxito.
- ◊ En cada tarea el terapeuta proporciona la explicación adecuada, anticipa los problemas que puedan surgir y discute con el paciente las posibles soluciones y dificultades.
- ◊ Las tareas pueden ser de 2 tipos:
 - ◊ *Experimentos*: centradas en comprobar hipótesis concretas.
 - ◊ *Evaluaciones*: centradas en realizar autoregistros de actividades, síntomas, creencias a nivel cognitivo.
- ◊ El papel del terapeuta es más directivo (más activo) en las primeras sesiones.
- ◊ **Fases de la terapia:**
 - ◊ Educativa.
 - ◊ Entrenamiento.
 - ◊ Aplicación.
 - ◊ Educativa. Consiste en instruir al paciente en el modelo de la TC.

Objetivos:

- ◊ Recoger la información relevante del problema del paciente. Beck clasificó los síntomas depresivos en 5 categorías:
 - ◊ Afectivos: tristeza, ansiedad. Motivacionales: deseo de escapar, de no hacer nada, de evitar situaciones....
 - ◊ Cognitivos: dificultad para concentrarse, problemas de atención, memoria...
 - ◊ Conductuales: lentitud, pasividad, evitación de contacto con otras personas.
 - ◊ Fisiológicos: pérdida de apetito, de sueño, etc.
- ◊ Conocer el punto de vista del paciente sobre su/s problema/s, sobre las ideas negativas sobre sí mismo y las razones en las que se basa para mantenerlas.
- ◊ Explicar al paciente los fundamentos teóricos de la TC. Por ej.: la idea principal que debe comunicarse es que sus emociones y sus conductas están causadas por los pensamientos automáticos que se disparan a partir de una serie de condiciones previas, tales como los esquemas subyacentes...
- ◊ Entrenamiento. Consiste en entrenar al paciente en la observación y registro de pensamientos automáticos.

Objetivo: identificar los pensamientos automáticos que están en la base de la perturbación emocional y/o conductual.

Descripción del procedimiento:

- ◊ El terapeuta describe qué son los pensamientos automáticos.
- ◊ El terapeuta demuestra el papel que dichos pensamientos tienen en las emociones y conductas del paciente.
- ◊ El terapeuta entrega al paciente un registro diario.
- ◊ El terapeuta rellena el registro junto con el paciente.

Inicialmente se utilizan las cuatro primeras columnas; cuando se utiliza la reestructuración cognitiva se utilizan las restantes. En las 2 últimas columnas se

anotarán los razonamientos correctos para corregir las distorsiones contenidas en sus pensamientos automáticos, así como el grado de credibilidad que le otorga a los pensamientos racionales y la nueva intensidad alcanzada de estas emociones.

(aquí va un ejemplo)

◇ Aplicación. Se subdivide en 2 fases:

◇ Consiste en examinar y someter a prueba de realidad las imágenes y pensamientos automáticos.

Objetivo: que el paciente obtenga, por un lado, una visión más realista de sí mismo y del mundo y, por otro lado, una interpretación de la realidad más apoyada en evidencias empíricas.

Procedimiento. Consiste en analizar las distorsiones del paciente y someter a prueba las creencias básicas contenidas en sus esquemas.

Utiliza el *Cuestionamiento Socrático*: cuestionamiento de la evidencia o el apoyo empírico que sostienen a los pensamientos automáticos e imágenes generadas.

◇ Consiste en detectar y modificar los esquemas básicos.

Objetivo: que el paciente aprenda a identificar los esquemas básicos que están en la base de los pensamientos automáticos.

Procedimiento: se basa en proceder de un modo relativo, empleando experimentos que le lleven a la recogida de nuevos datos empíricos y lograr evidencia a favor o en contra del contenido de los esquemas establecidos.

◇ **Técnicas de tratamiento:**

◇ Técnicas conductuales.

◇ La programación de actividades/asignación de tareas graduales.

◇ La práctica programada.

◇ El entrenamiento asertivo.

Las técnicas conductuales se emplean ya desde las primeras sesiones con el fin de establecer el nivel de funcionamiento del paciente ante los síntomas depresivos.

Objetivos: lograr un cambio en las cogniciones negativas que producen una modificación en la conducta observable inadecuada.

◇ La programación de actividades/asignación de tareas graduales.

Objetivo: cambiar la falta de motivación del paciente, la inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas.

La programación responde a 3 características:

◇ Deben ser realistas, es decir, con posibilidades de realización por parte del paciente.

◇ Ha de agradar al paciente, es decir, que le proporcione sentimientos de bienestar.

◇ Las tareas deben estar jerarquizadas, es decir, que se le pueda ofrecer un feedback continuo de los éxitos, esfuerzos y capacidades.

Terminamos registrando las actividades en un Registro diario que se utilizará para refutar las creencias de incapacidad del paciente, para identificar y corregir las distorsiones y para evaluar los avances de la terapia.

◇ La práctica programada.

Objetivo: contrarrestar los efectos de la falta de concentración e identificar y corregir los problemas u obstáculos que pueden aparecer durante la realización de la actividad y que podrían impedir la finalización de la tarea.

Procedimiento: consiste en pedir al paciente que ensaye en imaginación como realizar y finalizar una tarea.

Pasos:

- ◇ Describir una tarea determinada.
- ◇ Determinar cada uno de los pasos que implican la realización de la tarea.
- ◇ Exponer en imaginación a la situación.
- ◇ Una vez expuesto, pedir al paciente que describa el desarrollo de la tarea en imaginación con el fin de retroalimentarlo.
- ◇ Analizar las dificultades surgidas durante el ensayo.
- ◇ Repetir la exposición en imaginación tantas veces como sean necesarias para resolver las posibles dificultades.
- ◇ El entrenamiento asertivo.

Objetivo: dotar al paciente de las conductas sociales adecuadas, proporcionándole puntos de vista alternativos ante las distorsiones cognitivas relacionadas con la incapacidad, inhabilidad e incompetencia en la interacción social.

Procedimiento: entrenar al paciente en las habilidades sociales específicas.

Técnicas:

- Modelado.
- Role playing
- EHS.
- ◇ Técnicas Cognitivas.
- ◇ Entrenamiento en observación y registro de cogniciones.
- ◇ Técnica de reatribución e interpretación alternativa.
- ◇ Entrenamiento en observación.

Se emplean como estrategias para abordar la organización cognitiva del paciente, para acceder a las distorsiones cognitivas que están en la base de sus pensamientos automáticos.

Papel del terapeuta: elicitador de pensamientos o ideas sobre la naturaleza de los problemas.

Método: formular preguntas que le ayudan a identificar y reconocer sus cogniciones y creencias, reflexionar sobre ellas, extraer conclusiones sobre el curso de sus pensamientos y, finalmente, corregir sus cogniciones y creencias.

◇ Técnica de reatribución e interpretación alternativa.

◇ **Reatribución.**

Objetivo: aumentar la objetividad de los pacientes. Análisis objetivo de la situación y de su tendencia a la autocrítica.

Se utiliza en aquellos casos en los que el paciente tiende a atribuirse en exceso la culpa de los acontecimientos negativos y/o de sus consecuencias en situaciones que escapan a su control directo.

Procedimiento: consiste en determinar entre ambos qué parte de responsabilidad es atribuible al paciente y qué tanto a otros factores.

Método:

- ◇ Revisión de los hechos que dieron lugar a la autocrítica.
- ◇ Mostrar los diferentes criterios que existen para atribuir la responsabilidad y cómo podría ser aplicados a la conducta de otra persona.
- ◇ Poner en duda la creencia de que el paciente es el responsable de cualquier consecuencia negativa (hacerle creer que no es culpable).
- ◇ **Interpretaciones alternativas.**

Se usa cuando el problema del paciente es la interpretación que hace de la situación-problema.

Objetivo: contrarrestar la tendencia del paciente a considerar los problemas como irresolubles ya que ha explorado todas las opciones posibles.

Procedimiento:

- 1.. Definir el problema.
- 2.. Buscar tantas soluciones como sea posibles eligiendo una de ellas tras examinar los pros y contras de las soluciones posibles.

Método práctico:

- 1.. Técnica de las 2 columnas. A la izquierda se coloca la interpretación problemática que se quiere modificar (por ej.: no me voy a casar porque soy tímido –derecha –; nunca me casaré si me quedo en casa –izquierda –).

◇ **Técnicas para modificar imágenes.**

En copistería

◇ **Técnicas para aliviar los síntomas afectivos**

En copistería

◇ **Inoculación de Estrés (IE)**

Se hace con el objetivo de que el paciente adquiera habilidades para hacer frente de

forma efectiva a una gran diversidad de situaciones estresantes.

◇ **Introducción.**

Surge a principios de los 70 (Meichembaum, 1977), momento en el que la MC se interesa por los procesos cognitivos y de autorregulación en la explicación del comportamiento.

Inicialmente se desarrolla como una técnica para el tratamiento de los problemas relacionados con la ansiedad (ansiedad social, a los exámenes, etc.). Posteriormente se aplica a diferentes problemas de salud relacionados con el estrés (ejemplo: profesores, deportistas, agentes de policía, intervenciones quirúrgicas, etc.). Actualmente se aplica a una gran diversidad de trastornos (ej.: estrés postraumático, cefaleas,...), en todos aquellos problemas en los que una persona perciba que para él son fuente de estrés.

1. Fuentes estrés (pensamiento, cognición) 2. Respuesta del organismo

◇ **Bases teóricas.**

Meichembaum se basa en 2 pilares:

◇ ***Determinismo recíproco*** (de Bandura, 1977): Ambiente Organismo.

Existe una influencia recíproca entre el ambiente y el organismo.

2. ***Modelo transaccional o afrontamiento del estrés*** (Lazarus y Folman, 1984).

Existe una interrelación entre el ambiente y el individuo, incluyen dentro del individuo aspectos subjetivos, fisiológicos, cognitivos, conductuales.

Meichembaum dice que partiendo de estos dos modelos en la IE enfatiza las relaciones interdependientes entre los factores fisiológicos, cognitivos, conductuales, subjetivos y socioambientales. No presupone la primacía o la influencia causal de ninguno de ellos, sino que cualquier factor o de su relación puede ser el origen del desarrollo y mantenimiento de algún problema.

◇ **Técnica.**

Objetivos de la técnica de IE:

- ◇ Promover una actividad autorreguladora adecuada.
- ◇ Modificar las conductas desadaptativas y aumentar o instaurar conductas adaptativas.
- ◇ Analizar y modificar las estructuras cognitivas que están promoviendo valoraciones negativas de uno mismo.

Procedimiento:

Fase I: Conceptualización o educativa.

Fase II: Adquisición y entrenamiento de habilidades

Fase III: Aplicación y consolidación de las habilidades. (Tareas para casa).

Fase I: Conceptualización o educativa.

Objetivos:

- ◊ Desarrollar una buena relación terapéutica.
- ◊ Evaluar la naturaleza del problema/s. del paciente.
- ◊ Formular hipótesis de trabajo sobre los problemas y su modificación.

Procedimiento: Realizarlo a través de una evaluación detallada del problema.

A continuación se da una explicación teórica para entender cómo puede afectar el estrés y como hacer frente al problema a través de diferentes estrategias.

Fase II. Adquisición y entrenamiento de habilidades .

Objetivo: Enseñar, entrenar y ensayar habilidades y estrategias de afrontamiento de estrés.

Procedimiento: Enseñar técnicas específicas que se consideran adecuadas.

Método: Las técnicas se eligen en función del área o nivel afectado.

- ◊ **En relación con la situación.**

Objetivo: lograr cambios en el individuo a través de un cambio de medio o de una modificación en el medio.

Técnicas: Técnicas de autocontrol.

- ◊ **Técnicas de planificación ambiental:** control de estimulación (donde se planifica el contexto estimular). Se manipulan los *estímulos antecedentes* para conseguir una conducta adecuada.
- ◊ **Técnicas de programación conductual :** autorrefuerzo y autocastigo, se aplica contingentemente a la conducta deseada.
- ◊ **A nivel de procesamiento cognitivo.**

Fase de evaluación primaria

Objetivo: modificar el modo en que la persona percibe y procesa las situaciones estresantes

Técnicas:

- ◊ Técnicas cognitivas.
- ◊ **Técnicas de reorganización cognitiva:** para percibir de un modo más adecuado las situaciones.
- ◊ **Técnicas de solución de problemas:** para analizar las diferentes soluciones posibles a las situaciones, reduciendo el estrés.
- ◊ Técnicas conductuales.

- ◇ Técnicas de exposición: para hacer frente a las situaciones cuando éstas son evitadas por un procesamiento inadecuado.

Fase de evaluación y secundaria.

Objetivos: Modificar la percepción de los propios recursos de la persona.

Técnicas: Técnicas cognitivas.

- ◇ Técnicas de reorganización cognitivas: para percibir más adecuadamente los recursos propios.
- ◇ Técnicas de solución de problemas: para analizar las diferentes soluciones posibles en función de los recursos disponibles y de las posibles consecuencias.
- ◇ Técnicas de entrenamiento en autoinstrucciones: para instaurar verbalizaciones más adecuadas, que permita el afrontamiento de
- ◇ una tarea determinada, situación o acontecimiento.

- ◇ A nivel conductual o motor:

Objetivo: dotar a la persona de los recursos o habilidades para afrontar las diferentes situaciones.

Técnicas. Técnicas conductuales.

- ◇ Técnicas de exposición: para eliminar las conductas de evitación.
- ◇ Técnicas de aprendizaje social: entrenamiento en habilidades sociales, para instaurar conductas deseadas inexistentes en el repertorio de conducta de la persona.
- ◇ Técnicas cognitivas: para intervenir ante la aparición de determinadas respuestas emocionales (ansiedad, ira, tristeza, que inhiben la puesta en marcha de conductas inadecuadas.
- ◇ A nivel fisiológico:

Objetivo.

- ◇ Reducir la actividad general del organismo.
- ◇ Controlar y modificar los niveles de activación de una determinada respuesta fisiológica, específica y responsable de un trastorno.

Técnicas.

- ◇ Técnicas de control de activación: control de la respiración y relajación.
- ◇ Técnicas de biofeedback: para adquirir autocontrol de las respuestas fisiológicas.

Fase III. Aplicación y consolidación de las habilidades.

Objetivos:

- ◇ Poner en práctica en las situaciones reales las estrategias aprendidas.
- ◇ Comprobar la eficacia de la nueva capacidad de afrontamiento del paciente.
- ◇ Detectar y corregir las dificultades surgidas durante el proceso de exposición a las situaciones reales.

Procedimiento: Ensayar (ensayos conductuales, rol-playing, imaginación, exposición in vivo...) durante las sesiones y, posteriormente, aplicarlo en las situaciones reales.

Tema 9: Trastornos de Ansiedad

- ◇ **Agorafobia.**
- ◇ **Trastorno de Pánico.**
- ◇ **Trastorno de Ansiedad Generalizada.**
- ◇ **Fobia social.**
- ◇ **Trastorno de Estrés Postraumático.**
- ◇ **Agorafobia.**

Definición.

Miedo a encontrarse (mayormente sólo) en lugares o situaciones de las cuales les resulta difícil salir (ej.: cine) o escaparse (ej.: atascos) o en el que podría no haber ayuda en el caso de que aparecieran síntomas de ansiedad.

Características.

Presencia de conductas de evitación/escape de las situaciones fóbicas.

- Nivel psicofisiológico: dificultad para respirar, palpitaciones, sudoración, sensación de inestabilidad, temblor, visión borrosa.
- Nivel conductual: evitación activa/escape de espacios abiertos, aglomeraciones, lugares cerrados, transportes públicos y actos cotidianos.

Ansiedad anticipatoria: antes de enfrentarse a la situación tiene la capacidad de sentir o prever lo que le pasará cuando llegue al lugar determinado ! favorece las conductas de evitación.

- Síntomas cognitivos: temor a las posibles consecuencias negativas (igual que el trastorno de pánico). Tiene una interpretación catastrofista acerca de lo que le puede pasar. Es lo denominado *miedo al miedo* ! anticipación de posibles consecuencias negativas.
- Mantenimiento:
 - Reforzamiento + por parte de las personas que conviven con la persona que sufre la agorafobia, que evitan que se enfrente a esa situación ansiógena.
 - Reforzamiento -cuando la persona ante la situación ansiógena evite los síntomas que le hacen sentirse mal ! refuerza el trastorno.

Tratamiento.

- ◇ Técnicas conductuales: respiración; relajación; exposición in vivo.
- ◇ Técnicas cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva; entrenamiento en autoinstrucciones.
- ◇ **Trastorno de Pánico.**

Definición.

Hay crisis de pánico que suponen episodios bruscos de intenso miedo, de duración breve y de aparición (aparentemente) espontánea.

Características.

Presencia de ataques de pánico o crisis de ansiedad (menos usado que el anterior).

- Nivel psicofisiológico: mareo, vértigo, similar a la agorafobia, además de hiperventilación (diferencia al trastorno de pánico de los demás), con sensaciones de irrealidad y despersonalización.
- Nivel conductual: al ser las crisis normalmente inesperadas, no se da conducta de evitación, si que aparece cuando las crisis de pánico se dan con agorafobia, pues se convierten en crisis situacionales ! pueden evitarse.
- Nivel cognitivo: *miedo al miedo*, anticipación de las posibles consecuencias negativas derivadas del ataque de pánico (ej.: pensar que puedes sufrir un infarto) (" agorafobia).

Tratamiento.

- ◇ Técnicas conductuales: respiración (por la hiperventilación), relajación, exposición a sensaciones interoceptivas que tiene.
- ◇ Técnicas cognitivas: reestructuración cognitiva.
- ◇ **Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)**

Definición.

Tendencia a mantenerse de forma continua y persistente la ansiedad, con una preocupación constante por todo (dificultades cotidianas) y con una percepción de incapacidad para hacer frente a las actividades y acontecimientos diarios.

Características.

Preocupación desproporcionada o excesiva ante dificultades cotidianas.

- Nivel psicofisiológico: lo más característico, además de lo comentado anteriormente, son la tensión muscular, hiperactividad vegetativa e hipervigilancia.
- Nivel conductual: demuestran una *evitación sutil* de situaciones que le generan ansiedad, consiste en demoras, proposición de las dificultades, implicación de otros en la toma de decisiones, etc.
- Nivel cognitivo: preocupaciones continuas, relacionadas siempre con la *duda* acerca de la incapacidad subjetiva para hacer frente a las actividades, acontecimientos, tareas o problemas cotidianos.
- Mantenimiento:
 - A nivel conductual el trastorno se mantiene por:

◇ Reforzamiento +

◇ Reforzamiento – similar a los anteriores

- A nivel cognitivo hay un aumento en la inseguridad, se siente incapaz, teniendo una alta dependencia de otras personas y preocupaciones continuas.
- *Síntomas psicofisiológicos.*

Tratamiento.

- ◇ Técnicas conductuales de control de la ansiedad: respiración; relajación; exposición a estímulos internos y externos.
- ◇ Técnicas cognitivas: reestructuración cognitiva. Técnicas de solución de problemas.
- ◇ **Fobia social.**

Definición.

Miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona está expuesta a ser observada por los demás, por temor a comportarse de manera que pueda resultar humillante o embarazosa.

Características.

Miedo y evitación de las situaciones interpersonales.

- Nivel psicofisiológico: sudoración, temblores, enrojecimiento, taquicardia, sequedad de boca.
- Nivel conductual: evitación activa hacia reuniones, celebraciones, etc. Evitación pasiva, acude pero no se implica socialmente, se queda apartado, no habla...
- Nivel cognitivo: temor a hacer el ridículo, a la evaluación negativa.
- Mantenimiento:
 - *Síntomas psicofisiológicos* (aparición).
 - *Cognitivo*: anticipación de consecuencias negativas.

Tratamiento.

- ◇ Técnicas conductuales: respiración; relajación; exposición en vivo, en imaginación, y si es muy severa DS en imaginación.
- ◇ Técnicas cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva, entrenamiento en autoinstrucciones.
- ◇ Técnicas de habilidades sociales: entrenamiento en HH.SS.
- ◇ **Trastorno de Estrés Postraumático (TEP).**

Definición.

Sentir miedo ante objetos, actividades o situaciones específicas relacionadas con la situación traumática que da lugar al deseo de evitarlas (típicamente tratado con agresiones sexuales, que no suelen generalizar a otras situaciones).

Características.

Presencia de síntomas de estrés asociados con la reexperimentación de los acontecimientos traumáticos.

- Nivel psicofisiológico: hipervigilancia, sudoración, tensión muscular, llanto, temblor y pérdida del deseo sexual. (no confundir con depresión).
- Nivel conductual: evitación activa de hechos, situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático (ej.: noche, salir con hombres, amistad...).
- Nivel cognitivo: reexperimentación persistente del acontecimiento traumático: pesadillas, flashback.
- Mantenimiento:
 - *Conductual*: Reforzamiento -: evitar situaciones.
 - *Cognitivo*: pensamientos acerca del acontecimiento traumático.
 - *Fisiológicos*: aparición de los síntomas.

Tratamiento.

- ◇ Técnicas conductuales: respiración; relajación; exposición en vivo a situaciones

- relacionadas con el acontecimiento traumático.
- ◇ Técnicas cognitivo-conductuales: reestructuración cognitiva.
 - ◇ Técnicas de habilidades sociales: entrenamiento en HH.SS.

Si es necesario, terapia para disfunciones sexuales.

INDICE

Página

Tema 1: **Aproximación histórica y conceptual**

a la Modificación de conducta. 2

Tema 2: **Evaluación Conductual 5**

Tema 3: **Técnicas del condicionamiento clásico
y condicionamiento operante 10**

Tema 4: **Desensibilización sistemática (DS) 20**

Tema 5: **Técnicas de condicionamiento encubierto. 27**

Tema 6: **Técnicas de Biofeedback 34**

Tema 7: **Entrenamiento en Habilidades Sociales
y Déficit de Asertividad 39**

Tema 8: **Técnicas Cognitivas 44**

Tema 9: **Trastornos de Ansiedad 61**

Tema 1: aproximación histórica y conceptual a la modificación de conducta. 2

tricius@olemail.com Asignatura: *Modificación de conducta*

Tema 2: Evaluación Conductual 9

Tema 4: Desensibilización Sistemática 26

Tema 5: Técnicas de Condicionamiento Encubierto 33

Tema 6: Técnicas de Biofeedback 38

Tema 7: Entrenamiento en Habilidades Sociales y Déficit de Asertividad 43

Tema 8: Técnicas Cognitivas 60

Tema 9: Trastornos de Ansiedad 65

Índice 66