



Apunts

Apuntes de psicología en atención visual

Tema 6: Introducción a la psicopatología y la modificación de la conducta

Marta Lupón Bas, Aurora Torrents Gómez, Lluïsa Quevedo Junyent

Assignatures: Psicologia i salut pública
Psicologia en atenció visual

Titulació: Grau en Òptica i Optometria

Curs: 2n Quadrimestre 4t

Facultat d'Òptica i Optometria de Terrassa (FOOT)

Idioma: Castellà

2012

TEMA 6. INTRODUCCIÓN A LA PSICOPATOLOGÍA Y LA MODIFICACIÓN DE LA CONDUCTA

6.1. INTRODUCCIÓN

El propósito de este tema es aportar, de manera muy breve, algunos conocimientos relativos a la psicopatología y la modificación de la conducta que creemos que proporcionarán al óptico-optometrista herramientas para la comprensión del comportamiento en algunos de sus pacientes, y para idear estrategias en su papel como agentes de promoción y mantenimiento de la salud, y prevención de la enfermedad. Creemos muy necesario disponer de un lenguaje común y de un marco de referencia por si desempeñamos colaboraciones pluridisciplinares con otros profesionales del ámbito sanitario, de la enseñanza, o la asistencia social.

Recordemos que en el Tema 2, y aceptando la tendencia actual hacia el modelo biopsicosocial de salud, adoptábamos la definición de la OMS relativa a la salud como un estado de bienestar físico, mental y social que permite al individuo su desarrollo pleno, en todas las áreas, con una adaptación al medio y a sus circunstancias.

6.2. DEFINICIONES

Dado el carácter sintético del capítulo, en este punto procederemos a definir una serie de conceptos, relacionados entre sí. Hay que decir que para todos los términos existe un sinnúmero de definiciones que hemos adaptado para su mejor comprensión.

6.2.1. Psicopatología

La psicopatología es la disciplina científica que estudia el origen, el curso y las manifestaciones de los procesos no normales de la mente y la conducta humana que dificultan el desarrollo de un sujeto en su quehacer cotidiano, y que por lo tanto pueden influir en su falta de salud. Nos podemos referir pues a trastornos en la atención como el TDA, trastornos en el aprendizaje como el trastorno de la lectura, o trastornos de ansiedad como el trastorno de estrés post-traumático, pero también a trastornos alimentarios como la anorexia nerviosa, trastornos relacionados con sustancias adictivas como el alcoholismo, o trastornos de la personalidad como el trastorno histriónico.

En la aparición y mantenimiento de una condición de psicopatología no debe plantearse la dicotomía biología vs psicología, sino que ambas perspectivas son complementarias y necesarias para su comprensión. Las causas de una psicopatología pueden ser derivadas de factores biológicos (p.e. lesión cerebral o desequilibrio entre neurotransmisores), de factores psicológicos (p.e. deprivación afectiva, vivencia de situaciones traumáticas), o sociales (p.e. problemas familiares o laborales, pobreza), a lo que debemos añadir el efecto modulador de las influencias ambientales. Incluso cuando la causa sea orgánica ello no implica que se descarten factores psicológicos y sociales tanto en el origen de la psicopatología como en su mantenimiento.

La psicopatología ocupa un segmento importante en las áreas de la psiquiatría y la psicología clínica, aunque también puede ser objeto de interés de otras especialidades médicas como la neurología. Desde estas áreas profesionales se estudia el origen y cómo se manifiestan y desarrollan los cuadros clínicos, y se elaboran los

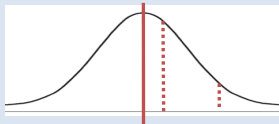
diagnósticos, y se prescriben y controlan los tratamientos. Asimismo se planifican actuaciones relativas a la prevención. A menudo las herramientas y los tratamientos difieren en función de si el profesional que trata al individuo es médico o psicólogo clínico, tanto por sus competencias profesionales como por su currículo académico. Desde la medicina suelen emplearse herramientas más objetivas como por ejemplo la tomografía axial computarizada (TAC) o el análisis de sangre, mientras que desde la psicología clínica se utilizan técnicas más observacionales, entrevistas, tests... Evidentemente, en el tratamiento prescrito también pueden existir grandes diferencias por una adscripción más cercana al modelo biomédico o al modelo biopsicosocial, a parte de las propias competencias profesionales.

6.2.2. Criterios de anormalidad

En el punto anterior se ha definido la psicopatología en relación a procesos *no normales* de la mente y la conducta humana, con lo cual es evidente que es necesario definir, o al menos delimitar, qué se entiende por normal y qué no. Se considera que un proceso o una conducta son no normales cuando suponen una exageración, por exceso o por defecto, de una conducta o rasgo presente en la sociedad en general, con la consideración de que ningún criterio es suficiente por sí solo para definir que una actividad mental, un comportamiento, o un sentimiento sean no normales o patológicos. Además, para considerar la presencia de una psicopatología ésta debe ser un obstáculo para el desarrollo del individuo, es decir, debe tener una connotación negativa para el sujeto, y ninguna utilidad (ganancia) estratégica en el plano cognitivo, social, afectivo-emocional, biológico o conductual.

- p.e. Un CI=150 (coeficiente intelectual) en la escala de Wechsler es no normal, pero no tiene por qué tener una connotación negativa (valor medio normal CI=100) ni ser un obstáculo para el desarrollo del individuo. Sin embargo un CI=50 es no normal y sí que supondrá seguramente un obstáculo para el desarrollo del individuo puesto que implica un retraso mental moderado que puede afectar a sus habilidades académicas, relacionales, etc.
- p.e. Que un individuo sea pulcro y meticuloso puede considerarse como una aptitud, pero si el individuo no puede vivir sin lavarse la manos continuamente o sin un orden absoluto en casa (trastorno obsesivo-compulsivo, TOC), su actitud se considera patológica y posiblemente le acarree problemas en sus relaciones familiares, sociales o laborales.

Desde la psicología se suele entender que *normalidad* y *anormalidad* son dos extremos de un continuo, en una concepción dimensional o cualitativa, sin embargo a efectos prácticos se suele recurrir a clasificaciones categoriales que sí establecen una discontinuidad entre las dos condiciones, como veremos más adelante. Al no existir acuerdo unánime para la definición de anormalidad, en la Tabla 6.1 resumimos los criterios que desde diversos ámbitos se utilizan para ello:

ESTADÍSTICOS		A partir de la distribución estadística normal de la población, cuanto más alejado esté el valor de la variable individual respecto de la media poblacional, más anormal se considerará su comportamiento.
CLÍNICOS	Mediante el uso de sistemas clasificatorios se delimitan conjuntos de síntomas que se identifican con trastornos o cuadros patológicos, de modo que la presencia de un nº determinado de síntomas se toma como indicador de la existencia o no existencia de psicopatología (sistemas DSM y CIE, ver apartado 6.4).	
BIOLÓGICOS	La expresión de alteraciones o disfunciones en la estructura o la función del cerebro se traduce en un trastorno psicopatológico.	

SOCIALES	El contexto sociocultural, el sistema de valores y las creencias marcan las normas de la sociedad, y se considera que la anormalidad es una desviación exacerbada de dichas normas (p.e. en nuestra cultura el consumo de sustancias alucinógenas se considera no normativo, mientras que en algunas tribus indígenas puede ser una práctica normativa).
SUBJETIVOS	En desórdenes moderados cuya observación objetiva es difícil, el sujeto puede sentir malestar, sufrir internamente, o sentir la necesidad de pedir ayuda.

Tabla 6.1. Criterios de anormalidad.

6.2.3. Trastorno mental

Se considera que un trastorno mental es un patrón de comportamiento o psicológico, o un grupo de síntomas con significación clínica que suelen interferir en la actividad del individuo o le causan malestar. La existencia de un trastorno mental supone la presencia de sufrimiento físico o emocional, de deterioro o reducción de habilidades en el funcionamiento, el riesgo para uno mismo o para otros, y/o una conducta social o culturalmente inaceptable. En la etiología de los trastornos se acepta que pueden participar, conjuntamente o no, factores predisponentes, precipitantes, mantenedores o inhibidores.

En este sentido es interesante conocer aunque sea muy someramente lo que se conoce como *modelo diátesis-estrés*, reformulado bajo la forma de un *modelo estrés-vulnerabilidad-factores protectores*, que asume que la conducta se explica como resultado de factores innatos y adquiridos, y que los individuos tienen una predisposición (diátesis) o vulnerabilidad hacia el desarrollo de un trastorno mental. El estrés aumentaría el riesgo de ocurrencia, de modo que puede actuar como factor desencadenante de un trastorno: cuando la vulnerabilidad genética es muy elevada, niveles relativamente bajos de estrés pueden desencadenar el trastorno, mientras que si la vulnerabilidad genética es muy baja, el trastorno no se desarrollaría a menos que los niveles de estrés a los que esté sometido el individuo fueran muy elevados.

6.2.4. Salud mental

La presencia de un trastorno mental no comporta necesariamente la ausencia de salud mental: el insomnio primario, la enuresis o la tartamudez se catalogan como trastornos y son un ejemplo de ello.

La OMS define la salud mental como el *estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad*. Por lo tanto permite el desarrollo óptimo del individuo en los planos físico, intelectual, afectivo y social, sin perturbar el desarrollo de sus semejantes. Cuando se trata de diagnosticar el grado de salud mental de un individuo se deben evaluar aspectos como la percepción de la realidad, la autonomía funcional, las estrategias de manejo y afrontamiento del estrés, etc.

6.3. MODELOS EN PSICOPATOLOGIA

Como viene sucediendo en otros temas que hemos tratado, ocurre también que existen diversas concepciones teóricas relativas a la psicopatología (las causas, la definición de conducta anormal, el interés de la investigación, la interpretación de los resultados, el tratamiento...). A continuación solamente explicaremos los rasgos más relevantes de los modelos biológico, conductual y cognitivo, a sabiendas que existen muchos otros enfoques pero que más que modelos con un paradigma innovador suelen gestarse como alternativa crítica o complementaria hacia estos tres (p.e. sería el caso de las perspectivas psicodinámica o humanista):

a) MODELO BIOLÓGICO

- El trastorno mental se concibe como una enfermedad, la causa es somática como en cualquier otra enfermedad física.
- Las alteraciones en el plano psicológico son debidas a una alteración estructural o funcional del cerebro (anomalías bioquímicas, genéticas, neurológicas...).
- Se contempla que en grupos familiares puede existir una *predisposición genética* hacia un trastorno, y se habla de *grupos de riesgo*.
- Se utiliza el término *enfermedad mental* como recurso explicativo para comprender desde la etiología del trastorno hasta la validez del pronóstico.
- Para el registro de datos se utilizan esencialmente pruebas objetivas, y se realiza una historia clínica de enfermedades, contemplando también la predisposición al estrés. Se recurre a los términos signo (indicador objetivo), síntoma (indicador subjetivo) y síndrome (conjunto de signos y síntomas= cuadro clínico).
- Recurre a una clasificación categorial de los trastornos mentales asumiendo una discontinuidad entre normalidad y anormalidad.
- El tratamiento recurre habitualmente a la farmacología y la neurocirugía para compensar la anomalía orgánica, aunque a veces también a la terapia conductual (modificación de la conducta).

b) MODELO CONDUCTUAL

- Rechaza el concepto de enfermedad somática.
- Defiende que muchos trastornos (p.e. trastornos afectivos o del estado de ánimo) están altamente influidos por factores ambientales, y que la conducta anormal es el resultado de hábitos desadaptativos adquiridos por procesos de aprendizaje por condicionamiento (recordad el experimento de Watson con el niño y su mascota se condicionaba una fobia, en el Tema 3).
- Propone una clasificación dimensional de los trastornos al entender que entre conducta normal y no normal existen diferencias cualitativas y no cuantitativas.
- Actualmente está muy vinculado al modelo cognitivo.
- El tratamiento se basa en las técnicas de modificación de conducta.

c) MODELO COGNITIVO

- Define la salud mental en base a tres parámetros relacionados entre sí: la habilidad para adaptarse al medio físico o social, la búsqueda de novedad y renovación, y el sentimiento de autonomía funcional. La ausencia de salud mental se atribuye a una representación deformada de la realidad, y a estrategias conductuales o de afrontamiento no adecuadas.
- Más que referirse a conductas anormales o trastornos mentales, se refiere a conductas o experiencias menos comunes (criterio estadístico de normalidad), y se ocupa de las alteraciones en el funcionamiento de los procesos de la atención, la percepción, la memoria o las emociones.
- Los datos se registran mediante informes, cuestionarios, etc.
- Existe una gran variedad de psicoterapias cognitivas o cognitivo-conductuales: terapia racional-emotiva, terapia cognitiva, etc.

6.4. SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Aunque es muy controvertido el tema de si es necesario realizar una clasificación, y en caso afirmativo, cómo debe realizarse, lo cierto es que tanto en el ámbito de la psiquiatría como de la psicología se utilizan habitualmente dos sistemas categoriales de indudable utilidad: el *Manual diagnóstico y estadístico de los*

trastornos mentales, de la asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV-TR), y el *capítulo V de Trastornos mentales y del comportamiento* de la *Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud*, publicada por la OMS (CIE-10).

En primer lugar realizaremos una comparación de ventajas frente a inconvenientes de utilizar los sistemas clasificatorios (Tabla 6.2), y posteriormente describiremos cómo están organizados.

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporcionan un lenguaje común entre diversos profesionales. ▪ Facilitan la organización de datos. ▪ Posibilitan un diagnóstico clínico. ▪ Tienen capacidad pronóstica: previsión de evolución, y de consecuencias negativas. ▪ Facilitan el diseño y el control en la investigación clínica. ▪ Es una clasificación de trastornos, no de personas. ▪ Cada trastorno queda definido por un conjunto de síntomas. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Categorías finitas: no pueden abarcar todo. ▪ Existen categorías de <i>trastornos no clasificados en otras categorías</i> (cajón de sastre). ▪ Favorecen la creencia de que los procesos psicopatológicos ocurren en cantidades discretas (no en un continuo).

Tabla 6.2. Ventajas e inconvenientes de los sistemas categoriales en psicopatología.

Dos características comunes a los sistemas clasificatorios mencionados son: que los criterios diagnósticos se organizan en un sistema politético, es decir, no es necesario que un individuo cumpla con todos los requisitos de clasificación sino con un número determinado de ellos, y que la descripción y definición de las categorías diagnósticas ha sido elaborada por consenso por grupos de expertos de todo el mundo.

a) DSM-IV-TR. Es un sistema de clasificación horizontal o multiaxial, estructurado en 5 ejes principales (Tabla 6.3). Contiene criterios de inclusión y exclusión para definir las categorías diagnósticas, que además de facilitar el diagnóstico del paciente contribuyen en la decisión del tratamiento adecuado y a la previsión de un pronóstico.

EJE I	Trastornos clínicos, incluyendo trastornos mentales graves y del aprendizaje.
EJE II	Trastornos de la personalidad y retraso mental.
EJE III	Condiciones médicas agudas y trastornos somáticos.
EJE IV	Factores psicosociales y ambientales que contribuyen al trastorno.
EJE V	Evaluación de la actividad global.

Tabla 6.3. Ejes principales del DSM-IV-TR.

b) CIE-10. Es un sistema de clasificación de organización jerárquica o vertical, que proporciona descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de cada trastorno mental. Contiene 10 categorías principales y una de trastornos mentales inespecíficos (Tabla 6.4):

F0. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
F1. Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos.
F2. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
F3. Trastornos del humor (afectivos).
F4. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F5. Trastornos de la conducta asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
F6. Trastornos de la personalidad y del comportamiento adulto.
F7. Retraso mental.
F8. Trastornos del desarrollo psicológico.
F9. Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y la adolescencia.
F99. Trastornos mentales inespecíficos.

Tabla 6.4. Categorías del CIE-10.

Para finalizar, a modo de ejemplo transcribimos los criterios para el diagnóstico del trastorno por estrés agudo según el DSM-IV-TR y el CIE-10:

Criterios para el diagnóstico de Trastorno por estrés agudo (DSM)

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido **1 y 2**:

1. la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
2. la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos

B. Durante o después del acontecimiento traumático, el individuo presenta tres (o más) de los siguientes síntomas disociativos:

1. sensación subjetiva de embotamiento, desapego o ausencia de reactividad emocional
2. reducción del conocimiento de su entorno (p. ej., estar aturdido)
3. desrealización
4. Despersonalización
5. amnesia disociativa (p. ej., incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma)

C. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente en al menos una de estas formas: imágenes, pensamientos, sueños, ilusiones, episodios de flashback recurrentes o sensación de estar reviviendo la experiencia, y malestar al exponerse a objetos o situaciones que recuerdan el acontecimiento traumático.

D. Evitación acusada de estímulos que recuerdan el trauma (p. ej., pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares, personas).

E. Síntomas acusados de ansiedad o aumento de la activación (arousal) (p. ej., dificultades para dormir, irritabilidad, mala concentración, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, inquietud motora).

F. Estas alteraciones provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo, o interfieren de forma notable con su capacidad para llevar a cabo tareas indispensables, por

ejemplo, obtener la ayuda o los recursos humanos necesarios explicando el acontecimiento traumático a los miembros de su familia.

G. Estas alteraciones duran un mínimo de 2 días y un máximo de 4 semanas, y aparecen en el primer mes que sigue al acontecimiento traumático.

H. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica, no se explican mejor por la presencia de un trastorno psicótico breve.

Reacción a estrés agudo (CIE-10)

Trastorno transitorio de una gravedad importante que aparece en un individuo sin otro trastorno mental aparente, como respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional y que por lo general remite en horas o días. El agente estresante puede ser una experiencia traumática devastadora que implica una amenaza seria a la seguridad o integridad física del enfermo o de persona o personas queridas (por ejemplo, catástrofes naturales, accidentes, batallas, atracos, violaciones) o un cambio brusco y amenazador del rango o del entorno social del individuo (por ejemplo, pérdidas de varios seres queridos, incendio de la vivienda, etc.). El riesgo de que se presente un trastorno así aumenta si están presentes además un agotamiento físico o factores orgánicos (por ejemplo, en el anciano).

También juegan un papel en la aparición y en la gravedad de las reacciones a estrés agudo, la vulnerabilidad y la capacidad de adaptación individuales, como se deduce del hecho de que no todas las personas expuestas a un estrés excepcional presentan este trastorno. Los síntomas tienen una gran variabilidad, pero lo más característico es que entre ellos se incluya, en un período inicial, un estado de "embotamiento" con alguna reducción del campo de la conciencia, estrechamiento de la atención, incapacidad para asimilar estímulos y desorientación. De este estado puede pasarse a un grado mayor de alejamiento de la circunstancia (incluso hasta el grado de estupor disociativo) o a una agitación e hiperactividad (reacción de lucha o de huida). Por lo general, están presentes también los signos vegetativos de las crisis de pánico (taquicardia, sudoración y rubor). Los síntomas suelen aparecer a los pocos minutos de la presentación del acontecimiento o estímulo estresante y desaparecen en dos o tres días (a menudo en el curso de pocas horas). Puede existir amnesia completa o parcial para el episodio.

Pautas para el diagnóstico Debe haber una relación temporal clara e inmediata entre el impacto de un agente estresante excepcional y la aparición de los síntomas, los cuales se presentan a lo sumo al cabo de unos pocos minutos, si no lo han hecho de un modo inmediato. Además los síntomas:

- a) Se presentan mezclados y cambiantes, sumándose al estado inicial de "embotamiento", depresión, ansiedad, ira, desesperación, hiperactividad o aislamiento, aunque ninguno de estos síntomas predomina sobre los otros durante mucho tiempo.
- b) Tienen una resolución rápida, como mucho en unas pocas horas en los casos en los que es posible apartar al enfermo del medio estresante. En los casos en que la situación estresante es por su propia naturaleza continua o irreversible, los síntomas comienzan a apagarse después de 24 a 48 horas y son mínimos al cabo de unos tres días.

Incluye:

Crisis aguda de nervios, reacción aguda de crisis, fatiga del combate, "Shock" psíquico.

6.5. TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Las técnicas de modificación de conducta tienen como objetivo promover un cambio en el comportamiento de las personas a través de técnicas de intervención psicológica, de forma que el sujeto pueda desarrollar sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, así como adoptar actitudes, valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. En el área de la modificación de conducta se diseñan y aplican métodos de intervención psicológicos para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia de las personas a través del control de su conducta.

Las características principales de la modificación de conducta son:

- Se fundamenta en la Psicología Experimental.
- Se aplica tanto en el campo clínico como en el no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal).
- Insiste en la evaluación objetiva de la persona.
- Pone énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

Si el objetivo es cambiar una conducta inadecuada o instruir en el aprendizaje de una conducta nueva, lo primero que se debe hacer es identificarla lo más objetivamente posible, a través de la observación, la medida y/o el registro, sin realizar suposiciones y/o valoraciones subjetivas.

Hay acuerdo en pensar que las conductas que producimos están relacionadas a menudo con las consecuencias positivas o negativas que derivan de ellas. Así, se tiende a repetir aquellas conductas que van seguidas de un premio, recompensa o satisfacción, y a ignorar o dejar de producir las que no proporcionan consecuencias agradables o que tienen consecuencias desagradables. Por este motivo, puede ser ardua la tarea de eliminar o disminuir una conducta que simultáneamente no premie otras conductas incompatibles con ella.

Las consecuencias positivas son aquellas que el individuo valora como positivas o agradables para él y, si nos regimos por los principios del condicionamiento operante, proporcionadas inmediatamente después de una conducta producen un aumento en la frecuencia de ésta. Pueden ser actividades, juegos, juguetes, atención, elogios, sonrisas, alimentos, bebidas, dinero, prestigio, etc. En general, cuando una persona obtiene consecuencias positivas, se siente querida y aumenta la seguridad en sí misma. Las consecuencias negativas son aquellas que el individuo valora como negativas o desagradables para él y aplicadas inmediatamente después de una conducta concreta, disminuyen o eliminan la probabilidad de emisión de esta conducta (pérdida de atención, ser ignorado, retirada de juguetes favoritos, no ir a la piscina, sabor desagradable, suspenso, pérdida de dinero, etc.) deben ser aplicadas siempre antes que el castigo, al que sólo se debe recurrir en situaciones extremas. En términos de aprendizaje, para hacer referencia al tipo de consecuencias que proporcionan utilizaremos los términos estímulo apetitivo ($E_{\text{apetitivo}}$) y estímulo aversivo (E_{aversivo}).

Retomamos aquí los conceptos de *refuerzo* y *castigo*, introducidos en el Temas 3, que relacionaremos con el tipo de conducta del individuo, deseada o no deseada, respectivamente, y combinaremos con los adjetivos *positivo* (proporcionar estímulo) y *negativo* (retirar estímulo). Ante una conducta deseada debe proporcionarse un $E_{\text{apetitivo}}$ (refuerzo positivo) o retirarse un E_{aversivo} (refuerzo negativo), mientras que ante una conducta no deseada debe retirarse un estímulo apetitivo (castigo negativo), o, en último término, proporcionar un estímulo aversivo (castigo positivo).

A continuación se explicarán algunos de los procedimientos típicos utilizados para adquirir, aumentar la frecuencia o mantener conductas deseadas, y para eliminar o disminuir la frecuencia de conductas no deseadas. En tanto que agentes de atención primaria en salud visual y ocular, es obvio que utilizaremos principalmente las primeras, pero tener conocimiento de las segundas sin duda será una ayuda para gestionar algunas situaciones complicadas con algunos de nuestros pacientes, o en nuestras relaciones con los demás.

6.5.1. PROCEDIMIENTOS PARA LA ADQUISICIÓN, O EL AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE PRODUCCIÓN DE UNA CONDUCTA

Cuando se trata de instaurar un comportamiento o reforzar su frecuencia de aparición, no se debe caer en el error de aplicar consecuencias gratificantes de forma arbitraria sino que sólo se deben premiar aquellas conductas positivas de las que se desee aumentar su aparición. Cuando se haya logrado la conducta buscada con una frecuencia suficiente, se debe conseguir que siga dándose incluso en condiciones distintas a las de su adquisición. Es importante destacar que las recompensas o premios no tienen por qué ser materiales, sino que los reforzadores sociales como la sonrisa, el halago o las felicitaciones son igual o más útiles en según qué circunstancias. Asimismo, determinadas actividades pueden constituir también un importante refuerzo (ir al parque de atracciones, disfrutar de un fin de semana en un destino deseado, etc).

a) REFUERZO POSITIVO. Este procedimiento consiste en proporcionar una consecuencia positiva ($E_{\text{apetitivo}}$) inmediatamente después de la emisión de una conducta adecuada concreta. Esto aumenta la probabilidad que esta conducta se presente en el futuro. Se utiliza cuando se quiere desarrollar una nueva habilidad, aumentar la frecuencia de una conducta o cuando el refuerzo de esta conducta disminuye la aparición de una conducta incompatible no deseada. Para que este procedimiento funcione, la recompensa debe estar en relación con el comportamiento y ser contingente a éste (inmediato). Las recompensas deben ser cognitiva y emocionalmente adecuadas a las características de la persona a quien van dirigidas.

p.e. Alabar a un hijo por obtener buenas notas en los exámenes.

b) REFUERZO NEGATIVO. El refuerzo negativo consiste en la retirada de un E_{aversivo} presente en la situación, inmediatamente después de la aparición de una conducta deseada; consecuentemente aumentará la probabilidad de que la conducta deseada se repita.

p.e. Un chico de 14 años no ha obtenido permiso para ir al cine con sus amigos porque se ha peleado con su hermana menor y no quiere acompañarla a comprar el regalo de cumpleaños de su otro hermano. Cuando el chico pide perdón y accede a acompañarla, se le da permiso para ir al cine.

c) APROXIMACIONES SUCESIVAS. Este procedimiento se utiliza cuando la conducta deseada no figura en el repertorio de la persona, y consiste en reforzar diferencialmente las respuestas cada vez más parecidas a la respuesta final deseada sometiendo a extinción las más alejadas. En la aplicación, después de definir de la manera más precisa posible la conducta final a conseguir, se elige una conducta que la persona ya posea y que tenga algún parecido con la conducta objetivo: ésta se reforzará consistentemente. Después, se restringe la amplitud de esta conducta para reforzar las formas cada vez más parecidas a la conducta deseada.

p.e. Queremos conseguir que Laura, de 5 años, acceda a entrar en la piscina a sabiendas que le da mucho miedo al agua. Esta conducta (inexistente en el repertorio de Laura) puede instaurarse mediante aproximaciones sucesivas. Lo primero será reforzar cualquier movimiento de aproximación a la piscina; después la reforzaremos cuando se acerque al menos a una distancia que imponamos (p.e. a un metro)

pero no la reforzaremos si la distancia es mayor. El paso siguiente consistirá en reforzar a Laura cuando permanezca, aunque sea de forma breve, al lado de la piscina. A continuación, sólo cuando se esté sentada al lado de la piscina con los pies dentro. Después, sólo cuando se meta dentro, aunque sólo sea durante breves instantes. Así, poco a poco, se consigue que el tiempo de permanencia sea mayor.

d) **MODELADO.** Consiste en dar la oportunidad al individuo de observar en otra persona significativa para él la conducta nueva que se desea conseguir. El observador debe copiar la conducta que le presenta el modelo inmediatamente, o tras un intervalo de tiempo muy breve. Este procedimiento se usa sobre todo en la adquisición de nuevas conductas, aunque también en eliminación de respuestas inadecuadas a través de la observación de la conducta apropiada. Un área amplia de aplicación del modelado es la prevención primaria de la salud y la educación de los agentes terapéuticos: padres, parejas, educadores, etc.

- p.e. Nos lavamos las manos siempre en presencia del paciente cuando vamos a colocar una LC. Cuando el paciente realiza esta conducta, elogiamos el cuidado con el que lava bien las yemas de los dedos y las uñas.
- p.e. Uno de los ejes de trabajo transversal de una escuela puede ser relativo a la alimentación sana y equilibrada: se marcan unas pautas para el desayuno escolar que deben seguir niños/as y profesorado, y se desayuna en el aula: los lunes hay que traer fruta fresca, los martes un pequeño bocadillo, etc. Tanto "el grupo" como los maestros ejercen de modelo para cada niño.

e) **ENCADENAMIENTO.** Consiste en recompensar a la persona después de la realización de una conducta compleja, que podemos descomponer en una serie de conductas encadenadas. Este procedimiento puede utilizarse para la adquisición de nuevas habilidades a partir de la secuenciación de la conducta en pasos, o para ensamblar una serie de conductas de forma que constituyan cadenas y que, de este modo, se mantengan de forma natural. Un modo habitual de proceder es empezar por la última conducta de la cadena.

- p.e. En el caso de un niño de 4 años con el que no conseguimos que después del baño recoja la habitación y cene sin protestas, podemos planificar que ver un capítulo de Doraemon sea la recompensa si en primer lugar se pone solo el pijama dejando la ropa recogida en su habitación, y luego toma la cena sin protestar. Si estimamos que conseguir que toda la secuencia será muy difícil, durante unos días podemos plantear la obtención de la recompensa si cena sin protestar, y cuando se haya cumplido con este objetivo, la exigencia pasará a ser ponerse el pijama sin ayuda, recoger la ropa, y cenar sin protestas, de modo que solamente si se realizan todas las acciones podrá ver los dibujos.

6.5.2. PROCEDIMIENTOS PARA EL MANTENIMIENTO DE UNA CONDUCTA

Cuando la conducta recientemente adquirida o que se daba con poca frecuencia llega a unos niveles aceptables y está estabilizada, es el momento de abandonar el programa de reforzamiento continuo para pasar a un *refuerzo intermitente*, ya que el objetivo es que las conductas adquiridas se mantengan indefinidamente sin necesidad de reforzarlas. Este cambio debe hacerse lenta y gradualmente para no provocar que la persona deje de responder a la conducta que ya se estaba estabilizando.

El reforzamiento intermitente consiste en recompensar al sujeto de manera discontinua, es decir, no se refuerzan las respuestas adecuadas del sujeto en todas las ocasiones sino solamente en algunas de ellas. Los refuerzos intermitentes pueden aplicarse según un criterio fijo o según un criterio variable. En el refuerzo de razón fija el individuo obtiene una recompensa cuando cumple con una condición previamente establecida, mientras que en el refuerzo de razón variable la recompensa se administra de forma aleatoria o al menos sin

seguir una razón constante. Este último se aconseja cuando se desea que la persona emita una conducta con mucha frecuencia.

El refuerzo intermitente es una técnica de modificación de la conducta muy potente, y debemos saber que del mismo modo que puede jugar a favor de la instauración de conductas adecuadas, puede ser un serio obstáculo para la eliminación de conductas no deseadas, si son reforzadas intermitentemente:

- p.e. Refuerzo de razón fija: cada veinte sumas bien hechas se permite un juego en la tablet.
- p.e. Refuerzo de razón variable: en las máquinas tragaperras quien juega se ve recompensado con un premio, de forma aleatoria. Es la potencia de este tipo de refuerzo la que puede convertir al jugador en ludópata o adicto al juego.

6.5.3. PROCEDIMIENTOS PARA LA REDUCCIÓN O ELIMINACIÓN DE UNA CONDUCTA

a) **EXTINCIÓN.** Este procedimiento debe ser aplicado a cualquier conducta no deseada mal aprendida o, lo que es lo mismo, que ha sido reforzada positivamente ya sea por equivocación o por casualidad. Consiste en suprimir el refuerzo, una vez identificado, para que tal conducta desaparezca gradualmente, de manera que no se proporcionará la recompensa que la mantiene. La suspensión de refuerzo debe ser completa, de manera que no se administre nunca más en la ejecución de esta conducta. Si no se hace así, se estaría recompensando de forma intermitente y, como se ha visto anteriormente, la consecuencia más probable sería el mantenimiento de tal conducta. La extinción será más efectiva si simultáneamente se administran consecuencias positivas a otras conductas alternativas incompatibles con la que se quiere eliminar (procedimiento de refuerzo de conductas incompatibles).

Cuando se utiliza este método, al principio se produce un aumento momentáneo de la conducta, por lo que hay que ser paciente y esperar un tiempo tras este aumento para observar la disminución gradual típica de la extinción.

- p.e. Cada vez que va al supermercado, Martín pide insistentemente un caramelo y sus padres se lo compran para evitar la vergüenza que pasan ante el resto de clientes cuando monta una de sus rabietas. Bastará con suprimir la atención que los padres prestan a este comportamiento, aceptando que deberán pasar algunos malos momentos ante la gente cuando su hijo se enoje, para que Martín reduzca de forma gradual el comportamiento indeseable. Un hecho indiscutible es que las rabietas sólo se producen cuando el niño o la niña tienen alguien de público (ver, a modo de ejemplo, <http://www.youtube.com/watch?v=qxSn-K6F2bQ&feature=fvwrel>).

b) **REFORZAMIENTO DE CONDUCTAS INCOMPATIBLES.** Es un método complementario al de la extinción que se basa en la administración de recompensas de forma continua a aquellas conductas que son incompatibles con la que se quiere suprimir, mientras se ignora la conducta indeseable. El aumento de la conducta alternativa incompatible comporta una disminución de la conducta a suprimir.

- p.e. Para evitar que un chico se enganche al Whatsapp durante los 10' que transcurren desde que llega del instituto hasta la hora de comer, se le encarga que ponga la mesa; en cuanto termine tendrá permiso para consultar el Whatsapp hasta que se le avise para comer.

Una extensión de la técnica de reforzamiento de conductas incompatibles es el entrenamiento en reacción de competencia (ERC), en el que se entrena explícitamente al sujeto en desarrollar conductas incompatibles con una conducta a eliminar.

- p.e. En el caso de la tricotilomanía (trastorno consistente en un arrancamiento compulsivo del pelo de la cabeza, cejas, pestañas, barba o vello púbico, produciendo desde pequeñas pérdidas de cabello hasta calvicie severa), el ERC ayuda a eliminar el problema a base de especificar reacciones de competencia para ejercer en función del momento o del lugar (Tabla 6.5).

SITUACIÓN	REACCIÓN de COMPETENCIA
Mirar la TV	Agarrar cojín u objeto
Trabajar en escritorio	Agarrar una goma con una mano y un lápiz con la otra
Hablar por teléfono	Meter las manos en los bolsillos
Caminar	Agarrar almohadillas blandas dentro de los bolsillos

Tabla 6.5. Ejemplos de reacciones de competencia a realizar en un caso de tricotilomanía.

c) AISLAMIENTO O TIEMPO FUERA. Es un procedimiento que puede ser de gran utilidad cuando no es posible retirar el refuerzo que mantiene la conducta inadecuada. Consiste en apartar a la persona de la situación en la cual se encuentra cuando realiza la conducta a suprimir. Se utiliza frecuentemente con niños (poner de cara a la pared, expulsar de clase, ir a una habitación especial, etc). Es importante dejar claro que hasta que no cese la conducta no finalizará el aislamiento. Asimismo, es conveniente que antes de aplicar esta técnica se proporcione dar una señal o aviso para intentar que por sí solo tenga el poder de controlar la conducta problemática.

- p.e. Un niño pega a su hermana. Su madre le dice: "esto no se hace, así que vas a quedarte aquí sentado un rato para que pienses en lo que has hecho". Es importante mantener un tono de voz firme pero exenta de nerviosismo y, sobre todo, no gritar. La madre indica al niño que se siente en una zona de la casa destinada a tal fin, sin estímulos atractivos, donde el pequeño no pueda obtener recompensas de ningún tipo durante el aislamiento y se aburra (por lo tanto no sería adecuado en el sofá delante de la tele ni en su habitación llena de juguetes). El tiempo de aislamiento será aproximadamente de un minuto por cada año de edad del niño. Durante este tiempo no se debe dirigir la palabra al pequeño ni intentar hacerlo razonar. Después del período de aislamiento, se da la opción al niño de seguir jugando.

Otra acepción de la técnica es la de poner un paréntesis en una situación incómoda o estresante (es decir, para "tomarnos un respiro").

- p.e. En la consulta un paciente no colabora nada y es muy impertinente... vemos que nos está sacando de quicio y que estamos a punto de perder los nervios. Como al paciente "no lo podemos cambiar", decidimos salir un minuto fuera del gabinete, respirar profundamente y pensar en cómo debemos actuar para afrontar la situación profesionalmente.

En general, si se utiliza esta técnica en niños y adolescentes suele ser útil hasta los 15 años, pero si en una semana el procedimiento de aislamiento no da resultado, es mejor cambiar de procedimiento. Por otra parte, en determinadas ocasiones el tiempo fuera se ha de realizar acompañando al niño/a en su aislamiento, para evitar que pueda hacerse daño a sí mismo/a como producto de su cólera. En estos casos, no hay que hablarle ni proporcionarle ningún otro refuerzo.

d) **CONTROL DE ESTÍMULOS.** Si un estímulo está siempre presente cuando se refuerza una respuesta no deseada (y ausente cuando no se refuerza), la conducta en cuestión se emite con mayor probabilidad ante este estímulo que en cualquier otra situación. Aunque al principio tales estímulos sean neutros, como consecuencia de estar presentes siempre que una conducta es reforzada, adquieren determinado control sobre ella. Por ello, una conducta problemática puede ser cambiada asociando estímulos (antecedentes) con recompensas no deseadas. El procedimiento de control de estímulos tiene, no obstante, un modesto efecto a la hora de reducir conductas no deseadas.

p.e. Un fumador enciende siempre un cigarrillo mientras toma café. Si se propone dejar de fumar será una práctica reforzadora dejar de tomar café, o sustituir el café por agua o una infusión, para no activar el mecanismo que relaciona el café con el tabaco.

e) **COSTE DE RESPUESTA O CASTIGO NEGATIVO.** Consiste en eliminar, como consecuencia de una conducta inapropiada, algún refuerzo positivo disponible. Se denomina castigo negativo porque se relaciona con una conducta no deseada y suprime un estímulo apetitivo, pero sin hacer uso de estimulación aversiva.

p.e. Marc es, según sus padres, un niño difícil. Cuando se sienta en la mesa dice palabrotas y, cuanto más le dicen sus padres que calle, más insiste en su actitud (sin ser conscientes de ello, le están reforzando positivamente al prestarle atención). Los padres deciden que, cada vez que el niño diga palabrotas, lo ignorarán completamente y sólo le harán caso cuando se calle. Marc continúa diciendo palabrotas durante unos días, pero deja de hacerlo al comprobar que no obtiene la atención que pretendía.

f) **PRÁCTICA POSITIVA.** Este método consiste en hacer que la persona practique, durante períodos de tiempos determinados, conductas físicamente incompatibles con la conducta inadecuada. Este procedimiento tiene efectos rápidos y, de paso, enseña conductas adecuadas.

p.e. En el aula el maestro da instrucciones para que los alumnos mantengan la distancia de trabajo y una postura corporal adecuadas al observar que la mayoría de ellos se inclinan excesivamente sobre la mesa y la distancia de trabajo no supera los 20cm.

Es importante utilizar siempre una clave verbal previa (en el ejemplo, una advertencia del tipo “posición” en tono claro y firme) que pueda servir posteriormente para ser usada como forma de control sin necesidad de recorrer continuamente a la práctica positiva.

g) **SOBRECORRECCIÓN.** Es un procedimiento que utiliza consecuencias naturales para romper con los malos hábitos y, al mismo tiempo, enseñar comportamientos apropiados. Es una alternativa que proporciona mejores resultados que regañar, u otros castigos. Cuando se utiliza la sobrecorrección se obliga al individuo a arreglar el perjuicio que ha causado (si es el caso) y después se le hace repetir la tarea de corrección. Quien aplica la sobrecorrección debe estar preparado/a para soportar las rabietas del sujeto y mantenerse firme hasta el final.

p.e. Los individuos que pintan grafiti en los vagones de metro deben limpiar no sólo el vagón que han pintado, sino unos cuantos más.

h) **CASTIGO POSITIVO.** El castigo positivo es la forma más conocida y discutida para extinguir conductas no deseadas, debido a su fácil aplicación y al dudoso éxito conseguido en la extinción a largo plazo de la conducta

indeseada. Consiste en proporcionar un estímulo aversivo para el individuo, y aunque no tiene porqué implicar dolor físico, comúnmente se asocia a él.

Para que sea efectivo debe aplicarse inmediatamente después de la conducta problemática, tiene que ir precedido de una señal (un tono verbal, un gesto, etc.) que más adelante pueda impedir por sí solo la aparición de la conducta indeseada, y debe aplicarse de forma continua para la conducta que se pretende eliminar. Por otra parte, un castigo leve pero aplicado consistentemente puede alcanzar grandes cotas de efectividad.

Aunque es una práctica relativamente común en el aprendizaje animal, en humanos se relega a los casos en los que otros procedimientos no hayan funcionado o cuando la propia vida del individuo esté en peligro y el castigo pueda evitarlo, como en el caso de las conductas de autoagresión. Sin embargo, existen muchas razones que desaconsejan su uso: sólo funciona cuando está presente la persona que castiga, puede provocar agresividad hacia otras personas o cosas, y no se puede establecer una relación adecuada entre castigador y castigado puesto que este último tiende a escapar del primero.

i) SACIEDAD. Con este procedimiento conseguimos suprimir una conducta basándonos en la utilización del propio refuerzo que la mantiene porque, aumentando de forma considerable la administración de este refuerzo, hacemos que éste pierda su valor como tal. Exigir la realización continuada de una actividad en principio agradable puede convertirla en aversiva. Este es un procedimiento de ética dudosa y que puede entrañar ciertos riesgos, y al que no se recomienda recurrir si no es para tratamientos clínicos concretos.

p.e. Obligar a fumar rápido puede generar náuseas y eliminar el refuerzo positivo que sentía el fumador al fumarse tranquilamente un cigarrillo.

j) AFIRMACIONES VERBALES O CASTIGO VERBAL. Las afirmaciones verbales en forma de advertencias, la desaprobación, o las amenazas, suelen emplearse en las interacciones cotidianas entre maestro y alumno, padres e hijos, entre hermanos, esposos, compañeros de trabajo, etc. Las afirmaciones verbales aumentan su efectividad cuando se acompañan de una mirada directa y mantenida aunque, por otra parte, este tipo de castigo verbal tiene probabilidad de perder su efectividad con el tiempo. Un ejemplo de ello se halla en las afirmaciones de desaprobación aplicadas para reducir el mal comportamiento de los escolares durante las clases.

Ocasionalmente se han utilizado para suprimir conductas en investigación aplicada, pero como algunos de los procedimientos citados anteriormente éticamente son reprobables.

k) TERAPIAS AVERSIVAS. Con este tipo de terapias se intenta asociar un comportamiento no deseado y socialmente sancionado con una estimulación desagradable, interna o externa. Otra posibilidad es que la terapia sirva para reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean suficientemente desagradables como para que el sujeto deje de ejecutarlo. En ambos casos se espera que se establezca una conexión entre el comportamiento a eliminar y la reacción aversiva. Se espera que el desarrollo de tal conexión y el progreso de la misma generen una reacción fisiológica o cognitiva en el individuo que provoque un cese total en la emisión del comportamiento.

Existen pruebas de que el mecanismo aversivo se produce en situaciones naturales y que tal mecanismo puede ser eficaz en el tratamiento de problemas concretos, pero siguen pendientes muchas preguntas, tanto a nivel

clínico como de experimentación básica. Estos tipos de técnicas pueden ser eficaces en aquellos casos donde el comportamiento problema es elicitado por el grado de apetitividad que el estímulo desencadenante tiene para el paciente (como, por ejemplo, las parafilias o los trastornos de la alimentación donde las características externas de los alimentos incitan a comer descontroladamente), pero son mucho menos efectivas en aquellos casos donde el comportamiento problema se ve mantenido por otro tipo de procesos (por ejemplo, el bebedor excesivo que utiliza el alcohol como ansiolítico, donde lo que importa son las reacciones internas subsiguientes).

El choque eléctrico es un estímulo aversivo que se utiliza raramente, por ejemplo, en personas involucradas en conductas peligrosas para sí mismas o para los otros y que no han respondido a otros procedimientos. Ante la descarga breve en un dedo o en el brazo, se provoca una rápida y notable supresión de la conducta. Cabe decir que en la actualidad es una práctica en desuso por la existencia de otras alternativas efectivas, y de cuestiones éticas.

6.6. OTRAS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA. TÉCNICAS COGNITIVO-CONDUCTUALES

a) **ECONOMÍA DE FICHAS.** Este procedimiento es una aplicación concreta del refuerzo y de la extinción. En vez de utilizar los premios o refuerzos directamente, se emplean fichas o puntos que después se intercambiarán por actividades y/o bienes de consumo apetitivos, y que sólo podrán obtenerse a través de las fichas. Sus ventajas son claras: es un sistema independiente del estado momentáneo de privación, evita el problema de la saciedad, no interrumpe la conducta y promueve el autocontrol (demora del reforzamiento). La economía de fichas implica tres condiciones:

- Definición específica y clara de los objetivos.
- Elección de varios incentivos/premios a los cuales se podrá acceder mediante la realización de conductas específicas, y fijación de “precios en fichas” para cada uno de ellos.
- Uso y cambio de las fichas como incentivo.

En la aplicación de este programa se debe tener en cuenta que:

- Las fichas deben administrarse una vez realizada la conducta y con la mayor inmediatez posible.
- El tipo de fichas (puntos, estrellas...) dependerá de las características del individuo.
- La persona debe poder elegir entre varios premios para intercambiar.
- Debe mantenerse un equilibrio entre las fichas que se ganan y las que se gastan: no tiene que ser demasiado difícil ganarlas porque el sujeto se puede dar por vencido, pero tampoco tiene que ser muy fácil obtenerlas.
- El precio de los premios tiene que estar ajustado a la frecuencia de su consumo, a las preferencias de la persona y a su coste económico. También se tendrá en cuenta la numeración que la persona conozca.
- Es conveniente fijar cuándo se harán los intercambios y estipular un sistema de ahorro (todos los días se pueden obtener pequeños refuerzos y ahorrar para conseguir un refuerzo mayor).

p.e. María es una niña de 12 años a quien le cuesta mucho hacer los deberes y que no ayuda en casa. Sus padres deciden aplicar el programa de economía de fichas, de manera que si consigue estar vestida para ir al colegio y haberse acabado el desayuno a las 8:40 consigue 35 puntos, si se hace la cama consigue 25 puntos más, si hace los deberes sin distraerse puede conseguir 60 puntos más, etc. El máximo número

de puntos diarios es de 200 y, obligatoriamente, debe ahorrar 50 puntos diarios. Una hora de televisión diaria vale 35 puntos, una golosina vale 10 puntos, etc.

b) **CONTRATOS CONDUCTUALES.** En este caso se trata de dejar constancia por escrito de las consecuencias positivas que supone la adquisición de la meta propuesta. Como siempre, es importante que pase el menor tiempo posible entre la emisión de la conducta acordada y sus consecuencias. Los contratos conductuales son especialmente utilizados por sus buenos resultados en prisiones y centros de internamiento, aunque pueden ser útiles en muchos otros ámbitos. Deben incluir:

- Una descripción clara, detallada, y positiva de la conducta (que dé la sensación de que adquirir tal conducta es un objetivo deseable), y sin que induzca miedo al castigo.
- La determinación de los criterios para saber cuándo una conducta se da por conseguida (forma, frecuencia...).
- La duración máxima del contrato. Debe mantenerse un equilibrio entre las exigencias y la recompensa.
- La especificación de los refuerzos que se conseguirán a medio y largo plazo (fijando fechas concretas).
- El acuerdo sobre las consecuencias negativas en el supuesto de que las condiciones no se cumplan.
- El acuerdo sobre premios especiales cuando se consigan los mínimos exigidos por el contrato.
- El acuerdo del método de control sobre la conducta de quien hace el registro.

c) **TÉCNICAS DE AUTOCONTROL.** Los programas de autocontrol se desarrollan para que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta. Se trata de conseguir que el sujeto asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo que ha aprendido de forma que sea capaz de ponerlo en práctica automáticamente ante las situaciones donde sea necesario. Se puede pretender generalizar la utilización de las técnicas en el afrontamiento de problemas diferentes a los que impulsaron a comenzar el programa de autocontrol.

Estas técnicas son muy útiles cuando hay que tratar aspectos más complejos que la conducta en sí misma, ya que las conductas problema acostumbran a estar relacionadas con reacciones y actividades cognitivas no susceptibles de observación directa, y que escapan del control voluntario del individuo. Además, aunque las personas soliciten ayuda, difícilmente cambian sus estilos de vida, razón por la cual se hace necesario plantear una intervención que presente el cambio como positivo y factible para el sujeto puesto que esto maximizará su motivación.

A grandes rasgos un programa de entrenamiento de autocontrol consta de las siguientes fases:

1. *Autoobservación:* en un primer momento el paciente debe operativizar sus problemas para poder obtener datos sobre cuándo se producen, con qué frecuencia, relacionados con qué circunstancias, etc.
2. *Establecimiento de objetivos:* el paciente debe decidir qué nivel de control quiere tener sobre la respuesta conflictiva.
3. *Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución:* se deciden las técnicas concretas de autocontrol que se enseñarán al sujeto, así como las reglas de conducta que guiarán todo el entrenamiento, es decir, qué se compromete a hacer y en qué momentos concretos. Aquí debe tratarse la autoadministración de contingencias (castigos y recompensas según los resultados de sus acciones).
4. *Aplicación de las técnicas en la vida real,* después de haberse entrenado en la consulta.
5. *Revisión de las aplicaciones reales con el terapeuta.*

Estos programas ofrecen la posibilidad de que el individuo aprenda a cambiar su comportamiento de forma relativamente autónoma, sin la presencia constante del terapeuta. La motivación del paciente puede aumentar si se le muestran ejemplos de casos similares que consiguieron mejorar su mismo problema. Normalmente se aplica a trastornos alimentarios, hábitos poco saludables, tabaquismo, alcoholismo, adquisición de hábitos de estudio, auto administración de fármacos, ludopatía, fobias, relaciones sociales, o autoestima, y los beneficios individuales y sociales derivados de la puesta en práctica de estrategias de autocontrol son muy importantes.

d) **TÉCNICA DEL DIÁLOGO INTERNO Y AUTOINSTRUCCIONES.** Estas técnicas implican instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea o acontecimiento. La modificación del diálogo interno pretende que la persona aprenda e interiorice autoverbalizaciones relacionadas con algún problema y las respuestas encadenadas que se requieran para solucionarlo. Es un procedimiento que se utiliza normalmente para modificar o contrarrestar los efectos de los pensamientos automáticos que interfieren con la ejecución correcta de una tarea o el afrontamiento de una situación.

p.e. Ante un *no podré salir a la calle con la silla de ruedas, pensar en ¿por qué me avergüenza?*, o planificar concretamente: *aunque sea complicado, puedo conseguirlo, empezaré sólo por dar una vuelta a la manzana, etc.*

El objetivo fundamental es enseñar a alguien a utilizar autoinstrucciones que le permitan guiar con éxito su conducta. Así, es importante que sea el mismo sujeto, y no el terapeuta, quien genere el mayor número posible de autoverbalizaciones según su vocabulario o su expresión habitual.

Estas técnicas se han utilizado con niños hiperactivos e impulsivos para incrementar sus habilidades en autocontrol, su rendimiento en varias tareas motoras y su grado de concentración. También se han usado en el tratamiento de problemas académicos y dificultades de aprendizaje (lectura, escritura, dibujo, aritmética) o como estrategias de resolución de problemas. Se utilizan también para incrementar habilidades interpersonales en el aula o en el tratamiento de la ansiedad, fobias o estrés, así como en programas de autocontrol relacionados con dificultades de resistencia a la tentación, con la demora en la gratificación o con el control de la ira.

BIBLIOGRAFÍA:

- MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA (I y II). Amparo Belloch, Bonifacio Sandín, Francisco Ramos. McGraw-Hill, 1999.
- PSICOPATOLOGÍA. Adolfo Jarne et al. Editorial UOC, 2006
- Consulta en-línea de los manuales DSM y CIE (último acceso 19/11/2010)
<http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv.html>
http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/cie_10/cie10_indice.html
- MANUAL DE TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA. Fco Javier Labrador, J. Antonio Cruzado, Manuel López. Pirámide, 2001.
- MANUAL DE TERAPIA DE CONDUCTA (I y II). Vallejo, M. A. (Dir.). Dykinson, 1998.
- <http://www.amspw.org/spw/tripticos/pdf/ANEX-V.pdf> (último acceso 26/11/2010)
- <http://www.psicologia-online.com/infantil/castigo.shtml> (último acceso 26/11/2010)
- EL NIÑO INSOPORTABLE. Greene, R. Médici, 2003