

1. MODIFICACIÓN Y TERAPIA DE CONDUCTA

1.1. Introducción

La modificación de conducta tiene como objetivo promover el cambio a través de técnicas de intervención psicológicas para mejorar el comportamiento de las personas, de forma que desarrollen sus potencialidades y las oportunidades disponibles en su medio, optimicen su ambiente, y adopten actitudes valoraciones y conductas útiles para adaptarse a lo que no puede cambiarse. El área de la modificación de conducta es el diseño y aplicación de métodos de intervención psicológicas que permitan el control de la conducta para producir el bienestar, la satisfacción y la competencia personal.

1.2. Desarrollo histórico de la modificación de conducta

La exposición de este desarrollo histórico se dividirá, de forma un tanto arbitraria, en tres periodos:

1. Antecedentes (1896-1938). Este periodo se caracteriza a nivel teórico por el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico, por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituirá el marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollará la modificación de conducta. El objeto de la psicología es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike.

2. Surgimiento (1938-1958). En este periodo tiene lugar en el contexto teórico el desarrollo de las grandes teorías neoconductistas del aprendizaje: Hull, Mowrer y Tolman. De todas ellas sobresale el modelo de trabajo de Skinner, que supone el desarrollo de leyes específicas del comportamiento sobre las cuales asentar las directrices de la intervención. De acuerdo con Skinner, la conducta debe ser explicable, predecible y modificable atendiendo a las relaciones funcionales con sus antecedentes y consecuentes ambientales. La modificación de conducta surge como una alternativa innovadora, válida y eficaz, fundamentada en un cuerpo teórico sólido, capaz no sólo de explicar los trastornos del comportamiento sino de presentar soluciones eficaces para ellos.

3. Consolidación (1958-1970). En los años 70 la modificación de conducta se aplica con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarias al tratamiento. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes. Además en este periodo se desarrollan técnicas de entrenamiento en aserción y habilidades sociales, inundación y prevención de respuestas y se mejoran las técnicas de alivio de aversión y técnicas aversivas. El énfasis en esta fase se centra en el campo de la aplicación, no en el teórico. En estos momentos hay una disociación entre la investigación básica en psicología y la aplicación de la modificación de conducta. La psicología experimental pasa de centrarse en el aprendizaje y en los modelos de condicionamiento a dirigirse a procesos cognitivos (memoria, percepción, atención). Los modificadores de conducta están centrados en las demandas del trabajo aplicado sin prestar mucha atención a la investigación básica.

1.3. Caracterización de la modificación de conducta

Según Labrador, cabe definir la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos

principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque:

- a) La fundamentación en la psicología experimental
- b) La aplicación tanto al campo clínico como no clínico (por la similitud de principios que gobiernan la conducta normal y anormal)
- c) La insistencia en la evaluación objetiva
- d) El énfasis en la instauración de repertorios conductuales.

De todas estas características cabría destacar como definatorias la fundamentación de los métodos empleados en la investigación psicológica controlada, así como en énfasis en la evaluación objetiva de las intervenciones.

En el presente y en el desarrollo histórico de la modificación de conducta podemos distinguir cuatro principales orientaciones:

- a) El análisis conductual aplicado.
- b) La conductista mediacional.
- c) El aprendizaje social.
- d) El cognitivo-conductual.

1.4. Orientaciones actuales en modificación de conducta

1) Análisis conductual aplicado: se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante.

Las principales características de este enfoque son:

1. Se centra en las conductas observables directamente.
2. La conducta está controlada por el ambiente.
3. El objetivo de estudio es la conducta de organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
4. Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.
5. El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: a) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y b) la modificación de ambientes sociales o institucionales.

6. El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.

2) Orientación conductual mediacional: también se le denomina enfoque E-R neoconductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta.

Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

1. Se da una especial importancia a los constructos hipotéticos.
2. Los procesos cognitivos tales como imágenes, la mediación verbal u otros semejantes se tienen en cuenta en la teoría y en la terapia.
3. El campo de aplicación de este enfoque se centra especialmente en trastornos relacionados con la ansiedad, obsesiones, agorafobias, trastornos sexuales y otros trastornos.
4. Las técnicas de tratamiento que se utilizan se basan en el condicionamiento clásico.

3) Orientaciones basadas en el aprendizaje social: esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio.

Las características fundamentales de esta orientación son las siguientes:

1. La regulación de la conducta depende de tres sistemas: a) los estímulos externos que afectan a la conducta., b) las consecuencias de la conducta y c) los procesos cognitivos mediacionales.
2. La influencia del medio sobre el sujeto está afectada por los procesos cognitivos que determinan la percepción o interpretación de aquél y/o variables del sujeto.
3. El énfasis en el constructo de autoeficacia, que se refiere a los juicios personales acerca de la propia capacidad para realizar la conducta necesaria para obtener un resultado deseado.
4. El énfasis en la autoregulación y autocontrol.
5. En relación a las técnicas empleadas integra los métodos basados en el condicionamiento clásico y operante con el aprendizaje vicario y los métodos de autorregulación.

4) Orientación cognitivo-conductual: esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

1. El cambio conductual se halla mediado por las actividades cognitivas.
2. La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.
3. La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.

4. Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
5. La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

1.5. Problemas actuales en modificación de conducta

La modificación de conducta en el presente ha de resolver algunas cuestiones que son importantes para su desarrollo futuro. A continuación se tratan algunas de las que se consideran más relevantes.

A) Técnicas cognitivas versus técnicas conductuales

El desarrollo de métodos de intervención que incidan en aspectos cognitivos que sirvan para potenciar el cambio conductual, el mantenimiento y las transferencias de las ganancias terapéuticas tuvo lugar en los años setenta y continúa en la actualidad. La mejora de los procedimientos de tratamiento conductuales precisa abordar vías a través de las cuales se pueda incidir sobre la actividad cognitiva.

La introducción de métodos que incidan sobre verbalizaciones internas o actividades cognitivas no ha de ser incompatible o contradictoria con la base de técnicas de tratamiento conductual más tradicionales, de hecho en el enfoque operante se ha llevado a cabo un análisis del control de la conducta por medio de reglas verbales o conducta gobernada por reglas, que son útiles para mejorar estas técnicas. Un aspecto problemático existente es la escasa investigación básica en torno a estas técnicas.

B) Análisis funcional versus sistemas de clasificación psicopatológica

Las intervenciones conductuales se fundamentan en el análisis funcional de las conductas problema. A través del análisis funcional se han de determinar las variables causales que de forma relevante determinan la conducta problema y que se pueden controlar para producir el cambio. Las clasificaciones psicopatológicas como la DSM-III, DSM-III-R, DSM IV o CIE-10 son clasificaciones sindrómicas, basadas en la topografía, no en el análisis de relaciones causales, con un carácter meramente descriptivo.

Consideraciones a tener en cuenta: 1) existe el riesgo de que el buscar una etiqueta en la que encaje el trastorno actual del paciente sesgue el análisis conductual dirigiéndole a la confirmación de determinados datos y a la ignorancia de otros, así muchos clínicos noveles están más pendientes de etiquetar el problema del cliente que en conocer en qué consiste y cuáles son sus causas, y 2) no todas las categorías que se utilizan en esas clasificaciones tienen igual validez; algunas clasificaciones como las de los trastornos del sueño o los trastornos de personalidad en la DSM-III-R han sido muy criticadas y no pueden servir de orientación al análisis funcional.

C) Tratamiento individualizado versus estandarizado

Cualquier tratamiento conductual ha de estar justificado y apoyado en un análisis funcional, como tal el tratamiento es individualizado y se ajusta a las necesidades del caso concreto; un tratamiento estandarizado aplicado meramente por el ajuste a una categoría diagnóstica no puede tener ninguna garantía de éxito.

D) Investigación básica

La aplicación de las intervenciones conductuales ha de estar fundamentada en modelos explicativos de la etiología y mantenimiento de los problemas abordados. En la actualidad, se hace énfasis en explicar los trastornos de forma multicausal, se incide en todos los factores que contribuyen a su génesis y mantenimiento, y son multidimensionales, es decir, integran aspectos cognitivos, conductuales, fisiológicos y ambientales. Por ello, se requiere trabajos de investigación básica específicos de los problemas concretos encaminados a descubrir las variables controlables.

Por otro lado, igualmente se precisa investigación en relación a las habilidades del terapeuta y la relación terapeuta-cliente.

2. TÉCNICAS OPERANTES PARA EL DESARROLLO DE CONDUCTAS

Una de las tareas más usuales en las ayudas psicológicas a la gente probablemente tenga que ver con la promoción de nuevas formas de comportamiento. En particular, la modificación de conducta dispone de técnicas especializadas en tal sentido. De lo que se trataría pues es “simplemente” crear conductas, y en consecuencia no será difícil hacerse cargo de la dificultad que ello suponga. A menudo, las nuevas conductas quizá tengan que sobreponerse a otras ya existentes, y no siempre contarán con condiciones ambientales que las faciliten a pesar de lo convenientes que resultarían (si ya estuvieran establecidas).

En términos formales habría que diferenciar dos tipos de procederes básicos para el desarrollo de nuevas conductas (de acuerdo con la lógica operante), a saber: uno consiste en el desarrollo gradual, que se llamará moldeamiento, y el otro en la combinación de conductas ya tenidas, cuya denominación será encadenamiento.

2.1. MOLDEAMIENTO

2.1.1. En qué consiste

Técnicamente definido, el moldeamiento es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa. Cierta conducta traerá determinado refuerzo, que a su vez se dispensará sólo ante tal conducta. El refuerzo, es cualquier objeto o evento que incremente la probabilidad de la conducta que lo precede. Siendo así, lo que hará el reforzamiento es fortalecer la probabilidad de la conducta respecto de la cual es contingente. El reforzamiento es el acto de administrar el reforzador siguiendo algún criterio de frecuencia relativa a la conducta en cuestión. La conducta, tratándose del moldeamiento, es cualquier actuación ostensible ante la cual el ambiente “responde” fiablemente. Algo que hace el sujeto viene a ser una operación con ciertos efectos. Así pues, la conducta es una operante cuyas consecuencias es el refuerzo.

Puesto que se trata de formar determinada conducta que ahora no puede darse, el reforzamiento es selectivo respecto del repertorio disponible. En particular, se empezarán a fortalecer aquellas conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente a la que se pretende conseguir. Sucesivamente, el reforzamiento se hará más exigente en función de ciertos aspectos de dicha conducta y de acuerdo por lo demás con su variabilidad. De esta manera, el moldeamiento resulta un proceso dinámico en el que se van transformando conjugadamente la conducta y sus consecuencias. En rigor hay que decir que la acción selectiva de las consecuencias transforma la conducta, esto es, la moldea.

2.1.2. Aplicación

Aunque, en alguna medida, el moldeamiento es una técnica ubicua en terapia de conducta, se va a hacer un reparto en unos cuantos ámbitos preferentes, mostrando en todo caso su diversidad. Se proponen cinco, siendo el último uno sin perfil (a fin de acoger supuestos dispares), a saber: la educación especial, la rehabilitación de funciones motoras, la instrucción académica, la disfunción sexual, y otros. Naturalmente, este reparto no tiene otro compromiso que el de hacer una propuesta variada y diversa. Sin embargo, no se dejaría de reconocer, al hacerlo así, un cierto argumento, relativo a presentar el moldeamiento “más allá” de aplicaciones únicamente interesadas en el desarrollo de conductas elementales, a las que suele quedar relegada esta técnica.

La palabra introductoria otros da paso a una miscelánea de supuestos, algunos incluso sin interés clínico. Entre éstos se citarían el desarrollo de discriminaciones perceptivas (como aquéllas relativas al «oído musical», a la detección de señales visuales o a la captación gustativa de sabores), y de habilidades motoras (como en el entrenamiento deportivo o en el baile). Con interés clínico, cabría recordar la superación del miedo por medio de ciertas aplicaciones de la desensibilización sistemática y del modelado participativo con reproducción forzada, como se ha apuntado antes. Otro supuesto puede venir dado en la restauración del habla en el mutismo selectivo.

2.2. ENCADENAMIENTO

2.2.1. En qué consiste

El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. De lo que se trata pues es de conseguir una unidad funcional que resulta compuesta sin embargo de subunidades conductuales preexistentes, de manera que éstas se subsumen en una nueva conducta. En realidad, lo que se construye es una ceremonia, que si bien se compone de diversas operaciones, lo que importa es su conjunto en orden a un fin determinado.

Consiguientemente, hay que contar de entrada con conductas que vienen a ser «fragmentos» de la que vaya a resultar. En términos técnicos, se diría que cada conducta del complejo resultante tienen una doble función como estímulo. Esto es, funcionaría, por un lado, en calidad de estímulo discriminativo para la siguiente y, por otro, como estímulo reforzante de la anterior. Finalmente adquiriría la unidad funcional a que se ha aludido. Este encadenamiento entre estímulos discriminativos (ed), que en realidad son respuestas ya dadas, y respuestas (r), que, además de ser estímulos reforzantes para las anteriores son también ed para la siguiente, se suele esquematizar así:

$$\{ed1?r1\} ? \{ed2?r2\} ? \{ed3?r3\} \dots \{edn?rn\}$$

Se ha de decir que el primer componente de la cadena puede ser una instrucción o una regla que diga cómo se empieza.

2.2.2. Aplicación

La aplicación del encadenamiento tiene interés en el supuesto de que se disponga de los fragmentos para la nueva unidad conductual deseada. Es por ello que no se puede decir que haya un ámbito aplicado para el que fuera la técnica de elección. Sin embargo, se van a apuntar ciertas áreas en las que con más frecuencia se da la situación para el encadenado, a saber, se refieren a la autonomía doméstica, al desarrollo de la fluidez verbal, a ciertos aspectos de la instrucción académica, y a

«otros», para acoger una miscelánea de supuestos.

El desarrollo de habilidades de autonomía doméstica, tales como vestirse, comer y la limpieza personal, presenta en educación especial situaciones propicias para el encadenado. El individuo quizá puede realizar muchas «subunidades» de esas prácticas, pero no coordinadas como requiere la tarea efectiva. Lo que falta probablemente sea en buena medida su conjunción. Póngase por caso el enseñar a comer con cuchara.

Respecto al desarrollo de la fluidez verbal, una situación se da en la educación especial del lenguaje, cuando se trata de conseguir una dicción integrada de sonidos, sea para constituir palabras o flujos verbales más amplios. El ritmo y la entonación formarían parte de esta aplicación.

La instrucción académica también cuenta con situaciones a las que les conviene este procedimiento. Por ejemplo en la organización del discurso (escrito o hablado) en función de los efectos que se pretendan. La cuestión es que los argumentos pueden exponerse de una u otra manera, cuyo encadenamiento es importante para alguna función pretendida. Se tiene un contenido temático, dado quizá en varias «unidades», desde proposiciones o frases, hasta párrafos o capítulos, y se trata de darle forma. Una vez que se sabe lo que se va a decir, se ordenarán las ideas con gran diligencia. El asunto de interés aquí es que las estrategias de composición de textos, y la oratoria, se pueden enseñar, y ello supone, además de la habilidad expositiva, un adiestramiento en la forma de aprender. Hacerse cargo de la lógica expositiva de un texto, si es que no reorganizar su contenido, es una destreza del oficio de estudiante. Por supuesto, también se puede aplicar a la enseñanza de la aritmética.

Hay otros supuestos que por su heterogeneidad se ofrecen como miscelánea. Uno puede verse en la estrategia seguida a veces en el mutismo selectivo y otro supuesto (bien distinto) tiene que ver con la rehabilitación de la memoria para la vida cotidiana en pacientes que han sufrido daños neurológicos. De lo que se trata es de aliviar los problemas debidos al deterioro de la memoria, más que de su restauración propiamente.

2.3. EVALUACIÓN DE ESTAS TÉCNICAS

Podemos hacer algunas apreciaciones sobre tres aspectos críticos relativos a su aplicación profesional:

1. A pesar de que estas técnicas tienen filiación con las prácticas sociales convencionales su aplicación quizá resulta no obstante demasiado formalizada, debido probablemente a que su uso profesional se ha tomado como una extensión del laboratorio. De modo entonces que el análisis aplicado ha heredado los rigores del análisis experimental; pero en las situaciones aplicadas no se cuenta con las mismas facilidades que en el laboratorio.

2. Un empeño en la práctica de la modificación de conducta es la definición operativa de sus términos, de lo que son buen ejemplo las técnicas descritas aquí. Ha de repararse que lo decisivo es la función más que propiamente la forma de la conducta. Lo que puede ocurrir sin embargo es que la definición operativa recaiga sobre la forma, esto es, que resulte en exceso formalista en detrimento de la función. La cuestión es que los objetivos sean profesionalmente fiables y socialmente relevantes.

3. Otro aspecto crítico que se citará se refiere al reforzamiento en la vida cotidiana. La cuestión sería diseñar un programa de reforzamiento que fuera más compatible con los usos cotidianos, que

sin duda no son tan sistemáticos como aquellos que deriven del laboratorio.

Aunque el moldeamiento y el encadenamiento sean técnicas sólidas, de todos modos su investigación sigue abierta, al menos en el interés de especificar las condiciones de su optimización en los contextos sociales y, por ende, educativos.

3. TÉCNICAS PARA LA REDUCCIÓN DE CONDUCTAS OPERANTES

El orden en que debe elegirse estas técnicas de reducción de conductas es el siguiente: extinción, enfoques positivos de reforzamiento diferencial, costo de respuesta, tiempo fuera, saciación y sobrecorrección. Es importante señalar que no es adecuado desarrollar una intervención dirigida exclusivamente a reducir o eliminar una conducta, siempre será necesaria una parte complementaria que se dirija a desarrollar la o las conductas alternativas que se desean en lugar de la conducta a reducir. No basta con que la persona deje de emitir una conducta, es determinante qué hace en lugar de esa conducta.

3.1. EXTINCIÓN

3.1.1. En qué consiste

El procedimiento de extinción consiste en suprimir el reforzador de una conducta previamente reforzada. Es decir, establecer las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas desadaptadas. Atención, aprobación, reforzadores materiales dejan de seguir contingentemente a la conducta que se desea reducir.

3.1.2. Aplicación

El procedimiento de la extinción conlleva una serie de propiedades fundamentales para su aplicación:

a) Es un procedimiento de reducción gradual que depende de la historia y el programa de reforzamiento de la conducta desadaptada, el nivel de privación del individuo de los refuerzos que eran contingentes a la conducta indeseable y la intensidad de éstos, el esfuerzo necesario para emitir la respuesta (cuanto más esfuerzo requiera, más fácil será de extinguir), y el uso combinado de procedimientos de refuerzo de conductas alternativas (que harán que la reducción sea mucho más rápida).

b) La aplicación de la extinción produce usualmente un incremento en la frecuencia e intensidad de la respuesta en los primeros momentos de aplicación («explosión de respuestas»), así como variaciones importantes en su topografía. Produce un posible aumento de comportamientos agresivos o emocionales inherentes al procedimiento y la llamada recuperación espontánea, en donde la respuesta puede reaparecer tras un lapso de tiempo en que la conducta bajo extinción había desaparecido.

3.1.3. Evaluación

Es necesario utilizar junto a la extinción de la conducta inadecuada el reforzamiento de alguna conducta o conductas alternativas, si es posible incompatibles con la que se pretende eliminar. La extinción debe ser constante, pues si se usa de forma intermitente se pueden producir los efectos contrarios, establecer de forma más firme la respuesta, pues equivale a reforzarla de forma

intermitente. Además, no es aconsejable utilizar la extinción como única técnica si se desea un cese inmediato de la emisión de la conducta, o si la conducta es peligrosa para el sujeto o personas del medio, como es el caso de algunas conductas agresivas o autolesivas; así como tampoco en aquellos casos en los que no puede tolerarse un aumento temporal en la conducta.

3.2. PROCEDIMIENTOS DE REFORZAMIENTO DIFERENCIAL

Estos procedimientos utilizan el reforzamiento positivo bien para mantener la conducta a niveles moderados, bien para la emisión de otras conductas diferentes o incompatibles con la que se desea eliminar.

3.2.1 Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB)

3.2.1.1. En qué consiste

En este procedimiento se refuerza al sujeto por mantener una tasa de conducta más baja de la observada en línea base. Es decir, se refuerza por la emisión de la conducta pero sólo si ésta se emite a tasas bajas.

3.2.1.2 Aplicación

Esta técnica es aplicable cuando lo que se desea es reducir ciertos comportamientos, pero no eliminarlos del todo. Dado que su objetivo es moderar, no eliminar conductas, puede ser útil para el desarrollo del autocontrol en conductas como fumar, consumo de alcohol, comer en exceso, etc.

3.2.1.3. Evaluación

Se habrán de seleccionar reforzadores apropiados y efectivos para el sujeto o grupo tratado, los reforzadores habrán de aplicarse de forma inmediata tan pronto como sea posible al cumplirse los intervalos prefijados y sólo cuando la conducta se haya mantenido en la tasa adecuada. A medida que comienza a consolidarse la emisión de la conducta a una tasa más baja, el reforzamiento debe suministrarse con menos frecuencia. Obviamente, el reforzamiento se omite si la emisión de la conducta supera el criterio establecido.

3.2.2. Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)

3.2.2.1 En qué consiste

Es un procedimiento en el que el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo con la excepción de la conducta inapropiada que queremos eliminar. En este caso se refuerza la ausencia de la conducta inapropiada durante un período determinado de tiempo. Por tanto, la conducta que se trata de eliminar se pone bajo extinción, mientras se refuerza cualquier otra conducta alternativa. Esta técnica también aparece con la denominación de entrenamiento de omisión.

3.2.2.2. Aplicación

No se debe aplicar como procedimiento único si la respuesta es peligrosa o ha de suprimirse rápidamente. Debe aplicarse la técnica en tantos contextos como se produzca la conducta y no reforzar otras conductas que sean desadaptativas.

3.2.2.3. Evaluación

El RDO presenta como principales ventajas el que es un enfoque positivo, que no utiliza estímulos aversivos. Hace posible el reforzamiento de la persona tratada por emitir una infinita variedad de conductas salvo la especificada. Por lo común es un procedimiento muy eficaz. Aunque es posible encontrar personas que se entreguen a una conducta problemática a una tasa tan alta que no sea probable que ocurran otras conductas (por ejemplo, el hábito de balancearse de un niño autista), la mayoría de las personas disponen de todo tipo de opciones asequibles, y por lo general emiten alguna de ellas. En consecuencia, las conductas reforzadas se incrementan, reduciéndose en consecuencia la conducta no reforzada.

3.2.3. Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles o alternativas (RDI)

3.2.3.1. En qué consiste

Consiste en reforzar una conducta que es incompatible o no puede hacerse al mismo tiempo que la conducta que se desea eliminar. Para llevar a cabo este procedimiento primero hay que identificar y operacionalizar la conducta indeseable. A continuación se consideran posibles respuestas incompatibles que disminuirán la probabilidad de emisión de la conducta indeseable. Después se seleccionan una o varias de esas conductas alternativas una vez operacionalizadas.

3.2.3.2. Aplicación

- Es necesario identificar y seleccionar una o varias conductas incompatibles con la conducta que se trata de eliminar. Es preferible elegir una conducta que ya esté en el repertorio del sujeto.
- Seleccionar reforzadores adecuados para su aplicación contingente a la emisión de la conducta incompatible.
- Eliminar el reforzamiento de la conducta indeseable, dejándola bajo extinción.
- Si las conductas alternativas no están en el repertorio del cliente, se hará uso del moldeamiento o encadenamiento para implantar dichas conductas.
- Hacer que el sujeto ejecute la conducta alternativa en todos los contextos habituales.

3.2.3.3. Evaluación

Entre las principales ventajas de este procedimiento se encuentra el que si la conducta incompatible queda bien establecida, es decir, se da a una alta tasa y es lo suficientemente estable, la conducta desadaptativa será eliminada. Como principales desventajas del RDI se encuentra que lleva un cierto tiempo conseguir los resultados y, por otro lado, a menudo hay dificultades para la definición y selección de la conducta incompatible.

(FALTAN: COSTO DE RESPUESTA O CASTIGO NEGATIVO, TIEMPO FUERA DE REFORZAMIENTO O TIME OUT, SACIACIÓN Y SOBRECORRECCIÓN)

4. SISTEMAS DE ORGANIZACIÓN DE CONTINGENCIAS: ECONOMÍA DE FICHAS Y CONTRATOS CONDUCTUALES

4.1. ECONOMÍA DE FICHAS

4.1.1. En qué consiste

Los programas de economía de fichas son procedimientos dirigidos a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, para de esa forma controlar las conductas de una persona o de un grupo de personas.

La utilización de un sistema de economía de fichas permite introducir una o varias conductas, alterar las frecuencias con que las conductas objetos de intervención se emiten o eliminar las conductas desadaptativas.

Los programas de economía de fichas aparecen con frecuencia en la vida cotidiana, aunque no estén explicitados como tal, por ejemplo, la maestra que da puntos a los alumnos que rinden bien para que los canjeen por un rato de recreo adicional, o los proveedores que dan puntos a sus cliente habituales para que puedan cambiarlos por una cafetera o un pañuelo de seda.

4.1.2. Aplicación

La implantación de un programa de economía de fichas implica tres fases:

a) Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado. En esta fase ha de establecerse la ficha como refuerzo generalizado y remarcarse el valor que tiene como objeto de intercambio. Es preciso enseñara a las personas incluidas en el programa a dar valor a las fichas. Las explicaciones verbales pueden ser suficientes en algunos caso, pero cuando se trabaja con personas con déficit o limitaciones intelectuales se hace necesario proceder al “muestreo” de las fichas. Para ello pueden entregarse en diversas ocasiones fichas a los sujetos de forma gratuita, con independencia de sus conducta, y cambiárselas inmediatamente por algunos de los reforzadores que han demostrado ser eficaces con algunos sujetos.

En los primeros momentos es necesario llevar a cabo estas entregas de fichas gratuitas varias veces a fin de que se establezca el valor de la ficha como objeto de intercambio. Hay que recordar lo importante que es el que se cambien las fichas por distintos reforzadores eficaces con el sujeto y no sólo por uno. A la hora de cambiar las fichas por los refuerzos es interesante remarcar explícitamente el valor de intercambio de las fichas. En estos primeros momentos el cambio de las fichas por los refuerzos ha de ser poco menos que inmediato. Estos periodos de muestreo de las fichas pueden hacerse constantes en el tiempo o bien desarrollarse sólo en determinados intervalos temporales.

b) Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas. Se entregan las fichas de manera contingentes a las conductas que se desee establecer o incrementar. Aunque no es necesario aclarar al sujeto el porqué se le entrega la ficha, obviamente el especificarlo de antemano en la mayoría de los casos facilita su efecto, así como el aclarar el valor de las fichas y el tipo de reforzadores que se pueden adquirir con ellas. Conviene que los pacientes tengan una copia de la lista de los reforzadores, con su valor en fichas, o puedan acceder a ellas fácilmente.

Las conductas particulares objetivo de intervención han de especificarse de manera precisa y concreta, de forma que requieran el mínimo de interpretación tanto de la persona encargada de entregar la ficha como del que va a recibirla.

c) Fase de desvanecimiento o finalización del control de las conductas por fichas. Dado que el objetivo de un programa de economía de fichas es facilitar la aparición y consolidación de determinadas conductas, una vez que éstas se han dado y están consolidadas el paso siguiente debe consistir en poner esas conductas bajo el control de las condiciones habituales “normales” en que actúa el sujeto.

Las razones por las que debe retirarse el programa son: la economía de fichas es un sistema artificial, que supone un coste de tiempo, de recursos, etc, que no se asemeja a la vida cotidiana en la que hay pocos reforzadores no naturales y no directos. Además implica un control artificial de las conductas y puede interferir con la adquisición de la motivación intrínseca.

Todas las economías de fichas incluyen un programa de desvanecimiento del sistema a medida que se van produciendo mejorías en la conducta. Esto puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo del número de fichas ganadas por medio de las conductas objetivos, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo, o por alguna combinación de estos procedimientos

4.1.3. Evaluación

La economía de fichas se ha mostrado como una técnica eficaz y aplicable a gran número de problemas y poblaciones. Su aplicación no está exenta de dificultades. En primer lugar, para que la economía de fichas funcione, es necesarios que exista un estricto control sobre las conductas emitidas por los pacientes, las fichas entregadas etc...Este control tan estricto supone el entrenamiento y la capacitación del personal a cargo del programa. La instrucción por sí sola no es, muchas veces, suficiente. Hay que reforzar de alguna manera el desempeño adecuado de este personal, pues la implantación del programa supone para ellos un esfuerzo extra que no todos están dispuesto a desempeñar. En segundo lugar, la economía de fichas puede resultar un programa caro.

Otra dificultad son las restricciones legales y éticas con las que tropieza a veces el programa. Un problema muy obvio para aquellos que siguen un sistema de fichas fuera de una institución es la posibilidad de obtener los refuerzos de forma no contingente, a parte del programa.

Por último, es conveniente obtener la aprobación de pacientes, padres o tutores, personal y dirección de los centros en los que se realice el programa y su colaboración activa.

4.2. CONTRATOS CONDUCTUALES

4.2.1. En qué consiste

Un contrato conductual o contrato de contingencias es un documento escrito que explicita las acciones que el cliente esta de acuerdo en realizar y establece las consecuencias del cumplimiento y del no cumplimiento de tal acuerdo. Tal procedimiento implica el intercambio recíproco de recompensas contingente en relación a conducta específica de los firmantes del contrato. Los contratos son especialmente útiles para personas con escasa capacidad de autorreforzamiento.

En este sentido, en un contrato conductual debe especificarse:

- a) La conducta o conductas que se espera que emita cada una de las personas implicadas.
- b) Las consecuencias que obtendrán casos de realizar esas conductas.

c) Las consecuencias que obtendrán casos de no realizar esas conductas.

De esta forma, los contratos conductuales sirven para ayudar a la persona o personas implicadas a iniciar determinadas conductas específicas, señalando cuáles deben llevar a cabo y cuáles no. Por último permite aclarar las consecuencias derivadas de llevar a cabo o no una determinada conducta. Con esta información explícita a la persona le será mucho más fácil controlar sus conductas de acuerdo con sus propios intereses.

4.2.2. Aplicación

Los programas de aplicación de contrato son aplicables a todo programa de modificación de conducta. En primer lugar, es frecuente utilizarlo ya en la fase de recogida de información para favorecer el que se lleven a cabo las tareas encomendadas, por ejemplo, autorregistro, realización de cuestionarios, etc... Posteriormente, en la fase de intervención pueden utilizarse para controlar la realización de cualquier tipo de conducta operante; por ejemplo, para reducir la conducta de acudir a determinado lugar en un drogadicto, para establecer hábitos de estudio más adecuado, etc... No obstante, es especialmente interesante su uso en problemas interpersonales, y sobre todo, en problemas de pareja. Por sus propias características es evidente que los contratos son una alternativa más útil, rápida y económica que los programas de economía de ficha en muchos casos, en especial si a las personas a las que han de aplicarse no presentan limitaciones intelectuales y no se precisa una reestructuración completa de las contingencias del medio.

(FALTA LA EVALUACIÓN)

5. TÉCNICAS AVERSIVAS

5.1. En qué consiste

Las terapias aversivas intentan asociar un patrón de reacción comportamental no deseado y socialmente sancionado, con una estimulación desagradable, interna o externa, o reorganizar la situación de tal manera que las consecuencias de este comportamiento no deseado sean lo suficientemente desagradables para el emisor de tal comportamiento, que 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 genere una situación tal en el individuo, fisiológica o cognitiva, que provoque un cese total en la emisión del comportamiento a eliminar.

Los modelos propuestos para explicar el desarrollo de las reacciones aversivas podrían resumirse en:

- Condicionamiento clásico: Esta teoría asume que la asociación de algunos elementos constitutivo de la constelación estimular componente del comportamiento a eliminar con el estímulo nocivo preseleccionado hará que el EC provoque una respuesta condicionada de aversión.

Los proponentes de este modelo insisten en que en el procedimiento terapéutico se satisfagan requerimientos derivados de nuestro estudio de este tipo de fenómenos en el laboratorio.

- Condicionamiento operante: Se presenta el estímulo aversivo ante respuestas emitidas por el sujeto hacia dicha constelación. Algunos autores han tenido especial cuidado en diseñar sus

procedimientos terapéuticos adoptando paradigmas de aprendizaje de evitación o castigo.

- Teorías centrales: La aseveración de Rachman y Teasdale, en el sentido de que una explicación puramente cognitiva de las terapias aversivas es tan insatisfactoria como una explicación basada exclusivamente en las teorías básicas de aprendizaje, sigue siendo válida.

- Teoría del estado: Hallam y Rachman proponen su “Teoría del Estado” como base del funcionamiento de las terapias aversivas. Ésta se basa, en el cambio producido en el grado general de responsividad de un individuo y no tanto en los cambios en cuanto a las conexiones específicas entre estímulos y respuestas.

5.2. Aplicación

Pocos han sido los comportamientos problema, por exceso, que no hayan sido sometidos en alguna ocasión a procedimientos aversivos. Mucho más delicado nos parece la utilización de tales estrategias con individuos motivados a solucionar algunos problemas cuya conceptualización como tales esté determinada por influencias sociales, por ejemplo el caso del homosexual que acude a nuestra consulta “voluntariamente” deseando una reorientación de su impulso sexual, reorientación forzada, en parte, por los valores generales adoptados por la sociedad y por las actitudes de quienes le rodean. En tales casos, pensamos que nuestra intervención ha de orientarse prioritariamente a ayudar al individuo a autoafirmarse frente a tales presiones... el que apliquemos el término “tratamiento”, especialmente en el caso de la homosexualidad, no implica que consideremos a tales situaciones como enfermedad, ni siquiera como un comportamiento sexual desviado. En éstos casos, la verdadera libertad implica ofrecerle al individuo cualquier recurso que esté en nuestra mano, y que sea eficaz.

5.3. Evaluación

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

Consideramos que este tipo de técnica pueden ser eficaces en aquellos casos en los que el comportamiento problema es elicitado por el grado de apetitividad que el estímulo desencadenante tiene para el paciente(por ejemplo, parafilias, obesos en los que las características externas de los alimentos juegan un papel especial, etc...), y mucho menos efectivos en los que 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).

6. TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

6.1. En qué consiste

Los programas de autocontrol van a desarrollarse, teniendo como objetivo final que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta. Se trata de hacer que el sujeto asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de problemas distintos de los que le hicieron comenzar con un programa de autocontrol.

Para Kanfer la importancia de los programas de autocontrol viene fundamentada por las siguientes razones:

- Existencia de muchas conductas que sólo resultan accesibles al propio sujeto.
- Las conductas problemas suelen estar relacionados con autorreacciones y actividad cognitiva no susceptibles de observación directa.
- Puesto que los sujetos, aún buscando ayuda, resulta difícil que alteren sus estilos de vida, es necesario plantear una intervención que presente el cambio como positivo y factible para el sujeto, de tal manera que se maximice su motivación para el cambio.
- Por último, la intervención no debe tan sólo acabar con los conflictos presentes, sin enseñar al sujeto cómo manejar posibles recaídas o nuevos problemas..

6.2. Aplicación

El programa de entrenamiento de autocontrol se lleva a cabo en las siguientes fases:

1. Autoobservación: en un primer momento habrá que enseñar al paciente o operativizar sus problemas, para posteriormente obtener datos acerca de las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos.
2. Establecimiento de objetivos: el paciente habrá de decidir que nivel de control quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva.
3. Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución: en esta fase se deciden las técnicas concretas de autocontrol en las que se entrenará al cliente. A su vez se establecen las reglas de conducta que guiarán todo el entrenamiento, es decir, qué se compromete a hacer el cliente y en qué momentos concretos.
4. Aplicación de las técnicas en contexto real: una vez que el entrenamiento se ha llevado a cabo en la consulta, el siguiente paso es la puesta en práctica de lo aprendido en su vida diaria.
5. Revisión de las aplicaciones con el terapeuta: una vez que el sujeto empieza a afrontar situaciones reales, la tarea en las sesiones con el terapeuta consistirá en revisar las aplicaciones concretas realizadas, analizando las dificultades y problemas surgidos para su solución.

6.3. Evaluación

Llegar a obtener un nivel adecuado de autocontrol permite al sujeto una mejor adaptación al medio y una mayor autoestima. El individuo se percibe como una persona más libre que posee un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento, así como una metodología de usos que le permiten decidir qué actuación es la más adecuada a la situación que se le presenta. El terapeuta en este proceso tiene un papel temporal, de apoyo y guía del cambio conductual del cliente, debiendo ser muy cuidadoso para no detentar ciertas responsabilidades del proceso terapéutico que el cliente ya esté en condiciones de asumir.

Estos programas ofrecen, por una parte, la posibilidad de que el individuo aprenda a cambiar su comportamiento sin necesidad de la ayuda de un terapeuta, motivándole mediante la presentación

de casos similares que consiguieron resolver el problema; por otra parte, aportan al sujeto ideas que le pueden permitir el aplicar y ajustar las técnicas a sus propios problemas aun cuando no se abordan específicamente.

Los beneficios, tanto individuales como sociales, derivados de la puesta en práctica de estrategias de autocontrol se harán más fácilmente accesibles y de una manera menos costosa, que en el caso de una intervención individualizada al evitar en parte el coste emocional y de riesgo físico que determinadas conductas conllevan, así como el gasto económico que requiere su solución.

7. TÉCNICAS DE MODELADO

7.1. En qué consiste

Es un proceso de aprendizaje observacional en el que la conducta de un individuo o grupo actúa como un estímulo para generar conducta, pensamiento o actitudes semejantes en otras personas que observan la actuación del modelo. El procedimiento básico del modelamiento es muy simple, consiste en exponer al cliente ante uno o más individuos presentes o filmados que exhiben los comportamientos adecuados que el debería adoptar. Las técnicas de modelado intentan enseñar los principios o reglas que deben guiar la conducta en contexto determinado más que respuestas imitativas simples.

El modelado puede utilizarse para aprender nuevas conductas, inhibir o desinhibir patrones comportamentales, facilitar respuestas, aumentar los efectos de los estímulos o incrementar la activación emocional o afectiva. Las distintas técnicas de modelado difieren en su utilización según se use con un objetivo u otro.

7.2. Aplicación

Las principales áreas de aplicación de las técnicas de modelado podemos dividir las en tres:

- a) Preventiva: es decir, promoción de prácticas de mantenimiento de la salud, mejora del cuidado personal y de las personas allegadas.
- b) Tratamiento de problemas ya desarrollados: fobias y ansiedad, déficit en habilidades sociales y aserción.
- c) Educación: entrenamiento de los agentes terapéuticos, cónyuges, padres, directivos o el propio cliente.

7.3. Evaluación

Las técnicas de modelado son útiles y eficaces en áreas educativas, clínicas y preventivas, sus posibilidades de aplicación en niveles grupales y comunitarios las hacen ventajosas en términos coste/beneficio. Las técnicas de modelado cada vez se utilizan de forma más eficaz para el aprendizaje de comportamientos adecuados. No obstante, también facilita el aprendizaje de conductas desadaptativas, y deberían ser utilizados como razones para reducir la exposición sistemática en televisión y medios de comunicación de modelos de violencia que han de tener efectos negativos en el comportamiento social.

8. TÉCNICA DEL CONTROL DEL DIÁLOGO INTERNO Y AUTOINSTRUCCIONES

8.1. En qué consiste

El entrenamiento en autoinstrucciones supone instaurar verbalizaciones internas adecuadas que permitan la realización o el afrontamiento de una determinada tarea, situación o acontecimiento.

La modificación del diálogo interno, objetivo básico del entrenamiento autoinstruccional, requiere del uso combinado de diversas técnicas conductuales. Las autoverbalizaciones que el niño debe aprender e interiorizar están relacionadas con el tipo de tarea y con las secuencias de respuestas encadenadas que ésta requiera.

El entrenamiento autoinstruccional se utiliza con mucha frecuencia para modificar o constarrestar los efectos de “pensamientos automáticos” que interfieren con la ejecución correcta de una tarea o el afrontamiento de una situación.

8.2. Aplicación

Puesto que el objetivo fundamental es enseñar a la persona a utilizar “autoinstrucciones” que le permitan guiar con éxito su propia conducta, es importante que sea el mismo sujeto, no el terapeuta, el que genere el mayor número posible de autoverbalizaciones, según su tipo de vocabulario o su forma más habitual de expresión, (por ejemplo: ¡qué guay!, ¡qué estupendo!).

El entrenamiento autoinstruccional se ha aplicado fundamentalmente a problemas infantiles y en personas con problemas de deficiencia mental o esquizofrenia. La aplicación de esta técnica en adultos con problemas de ansiedad, estrés, dolor o autocontrol, llevó a la inclusión de nuevos elementos terapéuticos y fases durante el entrenamiento.

(FALTA LA EVALUACIÓN)

9. TÉCNICAS DE SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

9.1. En qué consiste

Actualmente podemos afirmar que la terapia de solución de problemas que más atención ha recibido, en cuanto a mayor aceptación y utilidades la terapia de solución de problemas de D`Zurilla, que en los últimos años ha sido red denominada como terapia de solución de problemas sociales, dado que los problemas con los que se enfrenta una persona pueden ser tanto personales como interpersonales.

9.2. Aplicación

Para D`Zurilla y Goldfried (1971), la meta de la SP y de la modificación de conducta es la misma, es decir, producir consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitar las consecuencias negativas. Para ellos, la SP es una técnica de modificación de conducta que facilita una conducta eficaz. La asunción fundamental de la que parte la terapia de SP es que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas, y de que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad. Ello implica que aquellas personas que resuelven sus problemas adecuadamente suelen tener una adecuada competencia social. Aquellos que carecen de dicha competencia para solucionar problemas pueden también ser entrenados para solucionar tanto problemas cotidianos como ,más importante, problemas clínicos o comportamentales.

9.3. Evaluación

Las etapas para la aplicación de la terapia de SP son tres: evaluación, intervención, mantenimiento y generalización. Junto o dentro del proceso de evaluación conductual del problema o problemas por el que la persona acude a consulta es de gran importancia en esta terapia evaluar tanto las habilidades de SP que tiene el cliente como si tiene habilidades de ejecución efectivas para sus problemas. Para ambos casos se ha utilizado evaluaciones de autoinforme o verbales, junto con la observación. Entre los cuestionarios e inventarios más importantes para evaluar estos aspectos están el Means-Ends Problem-Solving (MEPS) de Platt y Spivack (1975), el Problem-Solving Inventory (PSI) de Heppner y Peterson (1982), el Problem-Solving Self-Monitoring (PSSM) de D’Zurilla (1986) y el Social Problem Solving Inventory (SPSY) de D’Zurilla y Nezu (1990). Los mismos permiten conocer déficits en los sujetos en una o varias de las fases del proceso de SP, o bien permiten descubrir la inexistencia de habilidades que son importantes para solucionar efectivamente los problemas.