

TEMA 2: TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

1.-TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN

1.1.- BREVE DESCRIPCIÓN

Su utilización es muy frecuente, ya sea de forma aislada, como elemento constituyente de otros procedimientos terapéuticos (DS), para facilitar la aplicación de otras técnicas (procedimientos en imaginación), o, sobre todo, dentro de intervenciones más amplias que incluyen técnicas diversas (programas multicomponente).

Objetivo básico: *Enseñar al sujeto a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas, sin ayuda de recursos externos.*

- **RELAJACIÓN PROGRESIVA:** Es la más utilizada.
Enseña al sujeto a identificar las señales de tensión muscular, y a poner en marcha las habilidades aprendidas para reducirla.
Permite modificar el nivel de tensión *general* o de una zona concreta (relajación *diferencial*).
Las numerosas variantes del procedimiento pretenden reducir el tiempo y el esfuerzo requeridos para su aplicación.
- **ENTRENAMIENTO AUTÓGENO:**
Utilización de una serie de frases elaboradas, para inducir estados de relajación fisiológica a través de sugerencias sobre las sensaciones de peso, calor, regulación cardíaca y respiratoria.
- **RELAJACIÓN PASIVA** (menos difundida):
Sólo se utilizan ejercicios de relajación de los grupos musculares, sin tensarlos antes, combinándolos con la inducción de sensaciones de peso y calor (entrenamiento autógeno) y ejercicios de respiración.
Indicada en personas en las que no es aconsejable la tensión de determinados grupos musculares.
- **RELAJACIÓN CONDICIONADA:**
Se asocia la relajación a una palabra de contenido relajante que el sujeto se dice a sí mismo. También se puede recurrir a la imaginación o visualización de escenas relajantes asociadas a frases o palabras.
Ventaja: *Permite aplicarse en cualquier tipo de situación.*
- **CONTROL DE LA RESPIRACIÓN** (importancia creciente):
Objetivo: Facilitar el control voluntario de la respiración y automatizar ese control para que se mantenga en # situaciones problemáticas.
Lo más habitual es el entrenamiento en *respiración diafragmática* (utilización más completa de los pulmones que facilita la respiración profunda, lenta y regular.
- **INDUCCIÓN HIPNÓTICA:**
Estado de elevada percepción y concentración en unos pocos estímulos relevantes del campo perceptivo, con el bloqueo o reducción de la percepción de otros estímulos. Lleva a una disminución de la conciencia acompañada de inercia y pasividad.
Se utilizan métodos diversos (imaginación, sugerencias).

1.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

1. TRASTORNOS RELACIONADOS CON UN EXCESO DE ACTIVACIÓN O ESTRÉS (cardiovasculares, gastrointestinales, asma):

Carlson y Hoyle efectuaron una revisión metaanalítica de 29 trabajos, en los cuales, al menos una parte de la muestra, recibía entrenamiento en relajación sin ninguna técnica adicional, y aplicado a problemas diversos.

Resultados:

- Eficaz, especialmente en cefaleas.
- Mejor en entrenamiento individual que grupal.
- El efecto del tto tendía a incrementarse con el tiempo (3 meses) y con el *número de sesiones clínicas y semanas* a lo largo de las que éstas se extendían.

2. PROBLEMAS DE DOLOR:

La relajación se aplica el tto de diversos síndromes dolorosos; lumbalgias, artritis, dismenorrea, cefalea, colitis ulcerosa, fibromialgia, dolor por cáncer, dolor por quemaduras, dolor del miembro fantasma.

Su utilidad se relaciona con diversos mecanismos:

- Descenso general de la activación simpática (implicado en inicio de cefaleas).
- Descenso de los niveles de tensión muscular excesiva (lumbalgia).
- Reducción de los altos niveles de ansiedad consecuencia del propio dolor.
- Distracción durante los episodios de dolor.

La técnica más utilizada es la relajación progresiva, y en menor medida, el entrenamiento autógeno o la respiración diafragmática.

Importante adaptar los ejercicios a la problemática del paciente (no tensar zonas de dolor).

También se pueden aplicar en la prevención del dolor agudo (preparación al parto).

3. PREPARACIÓN PARA LA HOSPITALIZACIÓN Y PARA DIVERSAS INTERVENCIONES MÉDICAS (cirugía, pruebas diagnósticas dolorosas e invasivas):

El entrenamiento en relajación proporciona un método de autocontrol que se puede aplicar en el periodo preoperatorio, durante procedimientos médicos dolorosos o en el periodo de recuperación.

Una de las técnicas más utilizadas por su brevedad es la relajación progresiva, la relajación pasiva y la respiración diafragmática.

Un elemento importante: El momento de aplicación. Dejar un margen de tiempo para que el paciente lo practique y adquiera la habilidad necesaria.

Estas técnicas también se ha aplicado en el tto de la diabetes, de las náuseas y vómitos condicionados en pacientes oncológicos sometidos a quimioterapia (relajación progresiva), y para la mejora de la salud y de la calidad de vida (insomnio, estrés).

En los listados de ttos validados del APA, las técnicas de control de la activación se consideran eficaces para **2 tipos de trastornos:**

- a) **Obesidad:** *hipnosis* en conjunción con *terapia cognitivo-conductual*.
- b) **Migrañas:** *relajación autógena* completada con *biofeedback* de temperatura.

En la mayoría de los problemas que aparecen en el listado, se incluye dentro de programas multicomponente.

2.- TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

2.2.- BREVE DESCRIPCIÓN

La exposición se incluye en la mayor parte de los ttos para la reducción de la ansiedad. Se basa en la ***presentación repetida del estímulo que provoca la ansiedad hasta que ésta remita***. Indicada cuando el objetivo es superar la evitación del paciente de situaciones o acontecimientos objetivamente inocuos.

La exposición adopta diferentes formas a lo largo de un continuo, en función de la graduación de los estímulos o situaciones temidas:

- Máxima graduación: *desensibilización sistemática* (DS).
- Mínima graduación: *inundación* (exposición masiva y prolongada).

2.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

De especial importancia es su utilización para la **eliminación de miedos médicos**, ya que pueden llevar a la evitación de intervenciones médicas importantes para la salud, de embarazos o de consultas médicas.

El tto de alguna de éstas fobias se basa en la ***exposición sistemática, en imaginación o en vivo (preferible), al estímulo o situación temida, pudiendo utilizarse la relación como respuesta incompatible con la ansiedad***.

Las **fobias a la sangre y a las inyecciones** presentan ciertas peculiaridades:

Se caracterizan por la aparición de náuseas, vómitos, desvanecimientos y desmayos.

Presentan un patrón fisiológico diferenciado consistente en una ***respuesta difásica***: los incrementos iniciales de presión arterial y frecuencia cardiaca, van seguidos de una rápida caída denominada **síndrome vagal** (no todos los fóbicos a la sangre presentan éste patrón).

Para prevenir el desmayo provocado por el síndrome vagal se pueden utilizar estrategias que favorecen la llegada de la sangre al cerebro, la inducción de tensión muscular o de una respuesta de ira (generalmente en combinación con exposición en vivo).

No conviene aplicar relajación

Alternativa: tensión aplicada en la que *se combina la tensión de grandes grupos musculares* (para elevar la PA) *con la exposición en vivo*.

En los **NIÑOS**, además de las técnicas de exposición se suele recurrir a la ***imaginación emotiva para provocar emociones incompatibles con la reacción de temor***.

La imaginación emotiva es ingrediente habitual en los programas psicológicos aplicados en oncología pediátrica, para reducir la ansiedad y el dolor causado por procedimientos invasivos, así como en los programas de preparación de los niños para la hospitalización.

3.-TÉCNICAS OPERANTES PARA ADQUIRIR O INCREMENTAR CONDUCTAS

3.1.-BREVE DESCRIPCIÓN

Las técnicas operantes se basan en los principios del condicionamiento operante e ***implican la disposición ordenada de estímulos antecedentes y consecuentes, para alterar la probabilidad de emisión de una conducta***.

- Para mantener e incrementar conductas: *reforzamiento directo, contratos conductuales, economía de fichas, control de estímulos, reglas*.

- Para establecer conductas nuevas: encadenamiento y moldeamiento.
- Para eliminar o disminuir conductas.

Estas técnicas suelen formar parte de los programas conductuales para propiciar conductas y hábitos saludables, y disminuir la emisión de conductas perjudiciales para la salud.

Frecuentemente, su aplicación supone la participación de personas del medio del sujeto (agentes de tto).

3.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

1. MEJORA DE LA ADHERENCIA A TTOS MÉDICOS (tomar medicinas prescritas, acudir a revisiones):
Se aplican programas de reforzamiento positivo directo, economía de fichas o contratos conductuales, en los que se refuerza al sujeto por el cumplimiento de las prescripciones médicas, pudiendo penalizar los incumplimientos mediante multas o coste de respuesta.
2. MANTENIMIENTO Y MEJORA DE HáBITOS DE SALUD Y CALIDAD DE VIDA DE LOS INDIVIDUOS (cambio de hábitos alimentarios, ejercicio físico regular, hábitos higiénicos):
Suele implicar el establecimiento de objetivos progresivos, el reforzamiento de conductas a potenciar (tomar fruta todos los días) y, en su caso, el coste de respuesta por su incumplimiento (no acudir al gimnasio), o por la emisión de conductas incompatibles (picotear entre horas).
Las condiciones suelen especificarse en contratos conductuales.
Este tipo de programas es especialmente relevante en conductas como hacer ejercicio cuyas consecuencias positivas se producen a largo plazo, mientras que las negativas resultan claramente aversivas, por lo que es crucial la aplicación de reforzadores positivos externos que ayuden a mantener la conducta, sobre todo en los momentos iniciales.
3. TRATAMIENTO DEL DOLOR CRÓNICO:
Se incluyen técnicas para la reorganización de contingencias de reforzamiento presentes en el medio del sujeto (quejas y las peticiones de ayuda suelen ser reforzadas a través de la atención de personas allegadas y de la evitación y delegación de responsabilidades).
Es esencial entrenar a los familiares en los principios básicos del aprendizaje, y enseñarles a extinguir las conductas inadecuadas (conductas de dolor e inactividad) y reforzar conductas adaptativas del paciente (levantarse de la cama, realizar actividades).
4. OTRAS APLICACIONES:
 - Para fomentar las conductas de higiene en pacientes con deterioros cognitivos, niños institucionalizados o ancianos internados en residencias: economía de fichas.
 - Para la enseñanza de hábitos higiénicos básicos o de ttos autoaplicados (inyección de insulina): moldeamiento o encadenamiento.

Es frecuente la utilización de **contratos conductuales**, centrados en diversos aspectos de la terapia (horario, duración cumplimiento de tareas para casa, etc).

Estos contratos actúan como **facilitadores de la adherencia al tto o como factor motivador**.

Incluso puede establecerse un contrato de contingencias acompañado por un depósito monetario que se irá recuperando contingentemente a la asistencia de las distintas fases del tto.

4.- TÉCNICAS OPERANTES PARA ELIMINAR O REDUCIR CONDUCTAS

4.1.- BREVE DESCRIPCIÓN

En ocasiones, es necesario **reducir conductas que alteran, dificultan o impiden el desarrollo de conductas adaptativas**.

Se pueden aplicar diversas técnicas centradas en el control de la presencia de estímulos reforzadores: extinción, coste de respuesta, procedimientos de reforzamiento diferencial, tiempo fuera de reforzamiento, saciación y sobrecorrección.

Estas técnicas han de complementarse con otras encaminadas al desarrollo de conductas alternativas a las eliminadas.

4.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Modificación de hábitos perjudiciales o de riesgo:

Coste de respuesta: el sujeto pierde algo valioso cuando fuma, bebe o picotea. Puede complementarse con refuerzo positivo de las conductas adaptadas o incompatibles con la indeseada (comer chicle en vez de fumar). Las condiciones del programa suelen especificarse en un contrato conductual.

5.- TÉCNICAS AVERSIVAS

5.1.- BREVE DESCRIPCIÓN

Las técnicas aversivas asocian una conducta o patrón comportamental no deseado y socialmente sancionado, con una estimulación desagradable, o bien reorganizan la situación de manera que las consecuencias del comportamiento resulten desagradables, provocando el cese total de esa conducta.

Las técnicas utilizadas son muy diversas (basadas en condicionamiento clásico u operante, reales o encubiertas, etc.).

Característica común: *Utilización de estímulos aversivos* (choque eléctrico, sustancias químicas, vergüenza, restricción física, olores repugnantes, ruido blanco, etc.).

Plantea importantes problemas éticos, por lo que *su utilización se restringe a casos que plantean problemas o peligros para el sujeto o su entorno* (conductas autolesivas, agresiones).

Se han mostrado eficaces en el tto de adicciones a diversas sustancias.

5.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

- **Eliminación de hábitos perjudiciales**: alcoholismo, tabaquismo, y, en menor medida, obesidad.
- **Eliminación de conductas automáticas**: parálisis histéricas (calambre del escribiente).

Tabaquismo:

Asociación de la conducta de fumar con un estímulo aversivo como la *descarga eléctrica*.

También se pueden utilizar procedimientos de saciación que hacen desaparecer los aspectos reforzantes (fumar rápido, retener el humo, duplicar o triplicar el consumo).

Suelen utilizarse dentro de programas multicomponente.

Alcoholismo:

Los estímulos aversivos de elección son los *fármacos eméticos* y la *aversión encubierta* (imagen de náusea).

También suele enmarcarse dentro de programas más amplios, pues, las ganancias a corto plazo, no suelen mantenerse a largo plazo.

6.- BIOFEEDBACK

6.1.- BREVE DESCRIPCIÓN

Objetivo básico: Eliminación o reducción del trastorno a través del desarrollo de un adecuado control, por parte del sujeto, de la respuesta fisiológica alterada.

La **utilización de instrumentación** proporciona al sujeto **información** inmediata, precisa y directa sobre la actividad de sus funciones fisiológicas, facilitando su percepción y control.

Objetivo más amplio: Resolver un problema o prevenir la aparición de un trastorno, para lo que suele incluirse dentro de programas de tto más amplios, que consideran tb las respuestas motrices y cognitivas.

MODALIDADES, según el tipo de respuesta sobre la que se proporciona información:

- **Biofeedback electromiográfico (EMG):** Informa sobre la actividad del músculo o grupo muscular sobre el que colocan los electrodos.
- **Biofeedback electrokinésico:** Informa sobre el movimiento de una articulación, constituyendo la alternativa electromecánica del EMG.
- **Biofeedback de actividad dermoeléctrica**, fundamentalmente conductancia de la piel: informa sobre la activación de la rama simpática del SNA.
- **Biofeedback de temperatura periférica:** Informa sobre la circulación periférica, y por ende, de la activación simpática.
- **Biofeedback de la tasa cardiaca:** Informa sobre la frecuencia y regularidad del latido cardiaco.
- **Biofeedback del volumen sanguíneo o pulso:** Informa sobre la cantidad de sangre que pasa por un determinado vaso (pulso) o de la dilatación que el vaso alcanza (sanguíneo). Se utilizan procedimientos fotoplethismográficos.
- **Biofeedback de presión sanguínea.**
- **Biofeedback de presión:** Informa sobre la presión ejercida por una determinada parte del cuerpo (esfínter anal, músculos del cuello uterino, de la vagina).
- **Biofeedback electroencefalográfico (EEG):** Informa de la actividad eléctrica de la corteza cerebral, identificando los ritmos cerebrales más frecuentes (alfa, theta).

APLICACIONES: Vallejo y Labrador diferencian **2 tipos**:

1. **USOS DIRECTOS:** Se basan en el **supuesto de la especificidad**: existe una disfunción fisiológica específica que se relaciona o asocia con un trastorno tb específico ⇒ El biofeedback se centra en la modificación de esa disfunción.
2. **USOS INDIRECTOS:** Se basan en el **supuesto de la generalidad**: diversos trastornos específicos tienen factores comunes subyacentes (ansiedad) ⇒ El biofeedback se centra en éstos factores. Suele implicar la utilización del biofeedback EMG frontal (músculo "llave" del resto del organismo), biofeedback EEG de ritmos alfa, biofeedback de frecuencia cardiaca y el de actividad dermoeléctrica.
Actualmente éste tipo está en desuso por problemas teóricos, de eficacia y económicos.

6.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

- **Rehabilitación neuromuscular:**
 - Para la inhibición o disminución de la actividad de músculos espásticos (tortícolis espasmódica).
 - Para el aumento de la actividad en músculos flácidos (parálisis faciales, cerebrales, recuperación de lesiones).
 - Para el incremento del control preciso del movimiento (temblores).
- **Trastornos que implican un exceso de tensión muscular** (cefaleas, lumbalgias, bruxismo, calambre del escribiente).
- **Trastornos cardiovasculares:**
 - Arritmias.

- Hipertensión.
- Trastornos circulatorios periféricos como las migrañas (biofeedback de temperatura + relajación autógena) o el síndrome de Raynaud (biofeedback de temperatura).
- **Disfunciones sexuales:** impotencia, vaginismo.
- **Trastornos gastrointestinales:** incontinencia fecal, síndrome del intestino irritable o úlceras pépticas.
- **Otras aplicaciones:** Epilepsia, asma, dolor, incontinencia urinaria, insomnio, trastornos oculomotores (estrabismo o nistagmus), náuseas o vómitos condicionados.

En todos éstos trastornos, el biofeedback se aplica para prevenir al aparición de un trastorno o para tratarlo una vez desarrollado. Se puede aplicar sólo o dentro de programas de tto más amplios (técnicas de relajación e incluso tto farmacológico). La eficacia está probada, aunque no está establecido el proceso a través del cual la consigue (la mejoría clínica puede estar mediada por otras variables: trabajo de Vallejo y Labrador que utilizaron EMG frontal real o placebo para el tto de cefaleas, consiguiendo la misma mejoría en ambos grupos).

En algunos casos, el coste y la complejidad de la instrumentación necesaria, dificulta o imposibilita su utilización (biofeedback EEG o PH estomacal).

7.- MODELADO

7.1.- BREVE DESCRIPCIÓN

Proceso de aprendizaje a través de la observación de la conducta de otras personas.

Consiste en mostrar varios modelos que exhiben un comportamiento, pidiendo a los sujeto que centren su atención en el comportamiento, en el contexto y en las contingencias que le siguen.

A través del modelado se pueden modificar los comportamientos motores, las emociones, activación fisiológica y las cogniciones (opiniones, creencias, actitudes).

Bandura: El modelado puede utilizarse para las siguientes **FUNCIONES:**

- a) Adquisición de nuevos repertorios de conductas o habilidades.
- b) Inhibición o desinhibición de conductas que la persona poseía previamente en su repertorio.
- c) Facilitación de conductas que, previamente a la presentación de modelos, no se emitían por la ausencia de estímulos inductores, no por falta de habilidad o procesos de inhibición.
- d) Incremento de la estimulación ambiental.
- e) Cambios en activación emocional y valencia afectiva (observar a otros niños sin miedo ante una intervención dental).

7.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

c) **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN PRIMARIA:**

- *Aprendizaje y actitudes adecuadas acerca de comportamientos de riesgo* (tabaquismo, alcohol, VIH, riesgos laborales o de seguridad vial).
- *Cambios actitudinales favorables para el inicio de hábitos saludables* (ejercicio físico, alimentación adecuada, relaciones sexuales con precaución).
- *Adquisición de conductas y hábito saludables* (higiene bucodental, ejercicio, alimentación, afrontamiento de estrés).
- *Aprendizaje de comportamientos de autoprotección* (entrenamiento en prevención de asaltos o violaciones, catástrofes, búsqueda de ayuda en situaciones problemáticas).
- *Adquisición de habilidades sociales* (para resistir presiones de grupo para el consumo de drogas, prevención de comportamientos agresivos).
- *Entrenamiento de paraprofesionales* (padres, maestros, educadores).

d) **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN SECUNDARIA:**

- *Implantar conocimientos y actitudes adecuados sobre las pruebas de screening o detección precoz, pruebas de inmunodeficiencia, revisiones periódicas, etc.*
- *Aprender conductas de autoexploración (autoexamen de senos).*
- *Facilitación de conductas de realización de pruebas de screening, revisiones, etc.*
- *Adquisición de conductas necesarias para la adecuada adherencia a los ttos médicos (aprender a utilizar registros de capacidad funcional respiratoria en asmáticos, de presión arterial en hipertensos, controles de glucemia en diabéticos).*
- *Aprendizaje de comportamiento terapéuticos (inyectarse insulina).*
- *Preparación para intervenciones médicas dolorosas o con efectos colaterales negativos.*

e) **PROGRAMAS DE PREVENCIÓN TERCIARIA:**

- *Instauración de repertorios de conductas de autocuidado, lenguaje y otras habilidades en niños con trastornos del desarrollo.*
- *Aprendizaje de solución de problemas en personas con lesiones cerebrales y otros trastornos.*
- *Mantenimiento y restauración de habilidades cognitivas en ancianos.*

8.- TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

8.1.- BREVE DESCRIPCIÓN

Procedimientos a través de los cuales el terapeuta enseña a los sujetos estrategias que les permiten diseñar autointervenciones, para alcanzar determinadas metas a corto y largo plazo, mediante la modificación de la propia conducta, en distintos contextos, a través de la manipulación de las consecuencias, o de la reorganización de las situaciones antecedentes ("aprender a ser su propio terapeuta").

8.2.- APLICACIONES EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Existe una amplia tradición de aplicación al establecimiento de hábitos saludables y a la eliminación o corrección de conductas de riesgo, con un importante papel en la prevención y promoción de la salud.

Buena parte de los comportamientos de riesgo (fumar, comer mal) se mantienen por las consecuencias positivas inmediatas, que prevalecen sobre las negativas a largo plazo.

Alternativamente, los comportamientos de salud (realización de ejercicio físico) conllevan consecuencias negativas inmediatas, apareciendo consecuencias positivas únicamente a largo plazo.

En cada una de éstas situaciones, el sujeto ha de elegir entre 2 conductas incompatibles (fruta vs dulce, ejercicio vs ver TV).

A través de las **técnicas de autocontrol**, se favorece la realización de comportamientos de salud, al tiempo que se dificulta o impide la emisión de conductas de riesgo.

Existen diversas estrategias **basadas en:**

- **Autoobservación y autorregistro**, que incrementan el conocimiento de la propia conducta, motivan al sujeto al ofrecer un *feedback inmediato* de los progresos, y proporcionan *información* sobre las situaciones que las propician (antecedentes).
- **Establecimiento de objetivos** realistas, a corto, medio y largo plazo.
- **Planificación ambiental**, eliminando o restringiendo los estímulos desencadenantes de las conductas de riesgo, y favoreciendo la aparición de aquellos otros que facilitan el

comportamiento de salud. Se lleva a cabo mediante *control de estímulos, contratos de contingencias y entrenamiento en respuestas alternativas*.

- ▣ **Programación de consecuencias**, sobre todo, en forma de *refuerzo y castigo* autoimpuestos.

ESTRATEGIAS MÁS UTILIZADAS en el ámbito de la salud:

a) Para el **control de la ingesta y el establecimiento de hábitos de alimentación adecuados**:

- Situar los alimentos hipercalóricos en lugares inaccesibles o no comprarlos.
- Colocar una nota recordatoria en la nevera.
- Llevarse una fruta al trabajo para comerla entre horas.
- Comer algo antes de ir a la compra.
- Quedar para ir al cine en vez de para cenar, etc.

b) Para el **establecimiento de hábitos regulares de ejercicio físico**:

- Apuntarse a un gimnasio.
- Quedar con alguien para hacer deporte.
- "Premiarse" por hacer ejercicio.
- Establecer momentos fijos para realizarlos, etc.

c) **Tratamiento de conductas adictivas**, como el consumo de tabaco:

- No fumar en lugares en los que habitualmente se hace.
- Emitir alguna respuesta incompatible en situaciones de máximo consumo.
- Cepillarse los dientes después de fumar.
- Retirar los ceniceros de casa.

d) **Otras aplicaciones**:

Incrementar la adherencia a los ttos médicos, a la toma de precauciones en las relaciones sexuales, tto de problemas de sueño, establecimiento de hábitos de descanso saludables.

Una variante de las técnicas de autocontrol ⇒ el **entrenamiento en la administración del tiempo**: ayuda a racionalizar la utilización del tiempo mediante el aprendizaje de un estilo de vida que incluya actividades laborales, y permita disponer de tiempo libre y descanso.

Estos procedimientos tienen especial interés para el **control del estrés** y por tanto, de los trastornos relacionados.

Papel esencial en el tto de los sujetos que presentan patrón de **conducta Tipo-A**.

9.- TÉCNICAS COGNITIVAS

Las técnicas cognitivas **pueden centrarse en distintos ASPECTOS DE LA ACTIVIDAD COGNITIVA**:

- **Sucesos o acontecimientos cognitivos**:

- *Entrenamiento Autoinstruccional* de Meichenbaum: modificación del diálogo interno o autoinstrucciones.
- *Terapia Cognitiva* de Beck: modificación de los pensamientos automáticos.

- **Procesos cognitivos**:

- *Resolución de Problemas* de D'Zurrilla.
- *Solución de Problemas* de Spivack.

- *Terapia Cognitiva de Beck*: modificación de estilos atribucionales y errores de inferencia o deducción.
- **Estructuras cognitivas** (esquemas, creencias, supuestos tácitos):
 - *Terapia Racional-Emotiva de Ellis*.
 - *Terapia Cognitiva de Beck*.
- **Habilidades de afrontamiento**:
 - *Inoculación de estrés de Meichenbaum*.
 - *Entrenamiento en el manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson*.
 - *Desensibilización de Autocontrol de Goldfried*.

Su aplicación requiere un entrenamiento complejo y una especialización mayor que el requerido en muchos procedimientos conductuales.

La aplicación se ha extendido ampliamente en las 2 últimas décadas.

9.1.- ENTRENAMIENTO AUTOINSTRUCCIONAL Y CONTROL DEL DIÁLOGO INTERNO

Lo que las personas se dicen a sí mismas, guían la conducta hacia sus objetivos, inician y perseveran, orientan la conducta o interrumpen cadenas conductuales. Además, el diálogo interno tiene un fuerte efecto en el estado emocional de las personas.

PASOS:

- Autoobservación y autorregistro del autodiálogo.
- Definición del problema: "*¿Qué tareas debo realizar?*".
- Aproximación al problema: "*Tengo que tener en cuenta las distintas posibilidades...*".
- Focalización de la atención: "*He de centrarme en lo primero que hay que hacer...*".
- Autorrefuerzo: "*Me fijo en lo que voy consiguiendo y tengo que felicitarme*".
- Verbalizaciones para hacer frente a errores: "*Si cometo un error puedo rectificar...*".
- Autoevaluación: "*Tengo que fijarme en lo que voy consiguiendo, ya he hecho...*".
- Autorrefuerzo: "*Tengo que felicitarme por lo bien que lo he hecho*".

ÁREAS DE APLICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD:

1. Entrenamiento de niños hiperactivos e impulsivos para aumentar el autocontrol, el rendimiento y el grado de concentración.
2. Entrenamiento para superar dificultades de aprendizaje, escritura, dibujo, aritmética o mejora en solución de problemas.
3. Entrenamiento para mejorar habilidades interpersonales en el aula, atención al profesor, creatividad.
4. Entrenamiento en control de estrés y trastornos de ansiedad.
5. Tratamiento de problemas de autocontrol relacionados con dificultades de resistencia a la tentación, demora de gratificación, tolerancia a estimulación aversiva o control de la ira.

9.2.- SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Proceso cognitivo, emocional y conductual a través del cual un sujeto identifica los medios efectivos de enfrentarse con los problemas que se encuentra en la vida diaria.

Incluye, tanto la generación de soluciones alternativas, como la toma de decisiones o elección conductual.

Constituye un proceso de aprendizaje, una técnica de automanejo y una estrategia de afrontamiento.

En **Entrenamiento en Solución de Problemas de D'Zurilla** (técnica más aceptada y aplicada) consta de **5 FASES**:

1. *Orientación general hacia el problema.*
2. *Definición y formulación del problema.*
3. *Generación de soluciones alternativas.*
4. *Toma de decisiones.*
5. *Puesta en práctica y verificación de la solución.*

ÁREAS DE APLICACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA SALUD:

- a) *Control del estrés, ansiedad e ira.*
- b) *Intervención en crisis: divorcio, separación, muerte, eventos vitales.*
- c) *Control de comportamientos adictivos: alcohol, tabaco, drogas.*
- d) *Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia.*
- e) *Entrenamiento de madres con hijos con problemas de conducta.*
- f) *Solución de problemas asociados a enfermedades crónicas: asma, diabetes.*
- g) *Problemas de adherencia a ttos médicos.*

9.3.- REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Se fundamentan en la consideración de que las personas enfrentadas a situaciones estimulares, no responden automáticamente sino en función de creencias o supuestos tácitos contenidos en esquemas cognitivos que, básicamente, son formas de organizar la realidad.

Ejemplo: Persona con cáncer.

No son los síntomas de la enfermedad y los ttos per se lo que produciría la respuesta emocional, sino el significado que le otorgue la persona implicada:

- Si es de pérdida ⇒ se sentirá deprimido.
- Si es de amenaza de la salud, la seguridad o la vida ⇒ sentirá ansiedad.
- Si es de obstáculo o irrupción injusta ⇒ manifestará ira.

Terapia Racional-Emotiva de Ellis:

Objetivo: Modificar el comportamiento a través de la modificación de creencias irracionales, desadaptativas, utilizando estrategias de identificación de creencias, discusión, análisis lógico, reducción al absurdo, etc., y técnicas conductuales para probar la invalidez de las ideas irracionales, erradicarlas y sustituirlas por pensamientos adaptativos.

Terapia Cognitiva de Beck:

Intervención terapéutica activa (*empirismo colaborativo*), de tiempo limitado, que utiliza una combinación de técnicas cognitivas y conductuales para:

- a) Eliminar los síntomas conductuales, mediante la identificación y eliminación de pensamientos automáticos negativos.
- b) Prevenir las recaídas a través de la identificación y eliminación de creencias disfuncionales que funcionan como factores de vulnerabilidad (diátesis cognitiva) ante la aparición de acontecimientos estresantes.

Las técnicas de reestructuración cognitiva se han aplicado con éxito en trastornos de depresión y otros trastornos emocionales. Posteriormente se ha generalizado su **uso a cualquier trastorno en el que el control del estado emocional sea relevante:**

1. Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia.
2. Trastornos adictivos.
3. Mejora de autoestima e imagen corporal.
4. Prevención de trastornos de ansiedad, depresión y mejora de calidad de vida en pacientes con cáncer.
5. Control de estados emocionales negativos de ansiedad y depresión en enfermedades crónicas.
6. Reducción del impacto emocional y adaptación tras el IAM.
7. Tratamiento del dolor crónico: cefaleas, fibromialgia, etc.
8. Adaptación y mejora de calidad de vida en amputados.
9. Afrontamiento del estrés en personal sanitario, y prevención y tto del *síndrome de Burnout*.

9.4.-ENTRENAMIENTO EN INOCULACIÓN DE ESTRÉS

Procedimiento a través del cual las personas aprenden a conceptualizar y valorar adecuadamente las demandas estresantes, adquieren un repertorio de habilidades para afrontar el estrés, y lo practican exponiéndose ante distintos tipos de acontecimientos estresantes, graduados en intensidad creciente, aumentando así su resistencia ante el estrés.

3 FASES:

1. **Fase de educación o conceptualización**: El terapeuta instruye al paciente acerca de en qué consiste su problema, cómo puede controlarse, los recursos con los que se cuenta y las estrategias que le dotarán de los medios para superar o resistir el estrés.
2. **Fase de adquisición de habilidades**: Se le entrena en varias habilidades (relajación, resolución de problemas, sociales) y se desarrolla un entrenamiento autoinstruccional que le sirve para guiar sus acciones positivamente y evitar pensamientos catastrofistas. Se le enseña a descomponer el acontecimiento estresante en segmentos, a identificar cada uno de ellos, los pensamientos catastrofistas y a sustituirlos por otros.
3. **Fase de aplicación**: Se expone al paciente a los estímulos estresantes en intensidad creciente, para ensayar las habilidades aprendidas, mejorar su autoeficacia y su sentido de dominio personal del estrés.

ÁREAS DE APLICACIÓN

- a) Afrontamiento de estrés.
- b) Preparación para intervenciones dolorosas o estresantes.
- c) Tratamiento del dolor agudo: quemados.
- d) Tratamiento del dolor crónico: cefaleas, lumbalgias, etc.
- e) Tratamiento psicológico de la hipertensión.
- f) Control del patrón de conducta Tipo-A.
- g) Trastornos crónicos: asma, diabetes.
- h) Entrenamiento en el manejo de situaciones estresantes y prevención de burnout en profesionales sanitarios, policías, atletas, maestros, conductores, etc.

10.- ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

Las **habilidades sociales** se refieren a la competencia para emitir comportamientos adecuados ante distintas situaciones de intercambio social.

En el ámbito de la salud son fundamentales para asegurar la adecuada atención sanitaria, la comunicación óptima del profesional de la salud con los pacientes y familiares y la comunicación entre los miembros del equipo.

10.1.- HABILIDADES SOCIALES EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

EL PERSONAL SANITARIO DEBE POSEER LAS HABILIDADES SOCIALES NECESARIAS PARA ASEGURAR:

- *El establecimiento de una relación de confianza con el paciente que permita la adecuada evaluación y recogida de información diagnóstica.*
- *La mejora de la satisfacción con la atención y disminución del impacto estresante de la hospitalización.*
- *La emisión adecuada del diagnóstico y el pronóstico (al paciente y familiares).*
- *El saber dar malas noticias.*
- *La adherencia del paciente al tto.*

Bayés: HABILIDADES BÁSICAS QUE DEBE EXHIBIR EL PROFESIONAL SANITARIO:

- Ser capaz de mostrar empatía al enfermo.
- Graduar la información negativa que le proporciona.
- Proporcionar mensajes cortos y con esperanza, articulados en un lenguaje claro y comprensible.
- No mentir.
- Ser asequible y estar disponible.
- Procurar que la información que le proporciona al paciente posea un alto grado de congruencia con la que le suministran los demás profesionales
- Facilitar las condiciones para que el paciente y su familia expresen libremente sus emociones.
- Saber aguantar los silencios.
- Ser capaz de escuchar con atención al paciente sin interrumpir.
- Ser capaz de explorar los temores, preocupaciones y recursos del paciente.
- Evitar la sobreprotección del enfermo y fomentar la máxima percepción de control posible.
- Evitar los indicios innecesarios de empeoramiento.
- Cuando el enfermo pregunta o comenta de forma pesimista, evitar las expresiones verbales cerradas ("Se pondrá bien", "no diga eso"), pues corta la comunicación e impide que el enfermo se exprese.
- Ayudar al paciente a priorizar sus objetivos, ofrecerle alternativas y sugerirle caminos para solucionar problemas.
- No tirar nunca la toalla.
- Pedir ayuda a un profesional especializado para la adopción de estrategias específicas.

NORMAS DEL LENGUAJE VERBAL DEL PERSONAL SANITARIO

- **Atención:** *¿Es capaz nuestro mensaje de atraer la atención de nuestro interlocutor?.*
- **Comprensión:** *¿Comprende el paciente nuestro mensaje?.*
- **Relevancia personal:** *¿Percibe que es importante para él?.*
- **Credibilidad:** *¿Merece credibilidad tanto el mensaje como el emisor?.*
- **Aceptabilidad:** *¿Existe algo en el mensaje inaceptable para el interlocutor?.*

NORMAS DEL LENGUAJE NO VERBAL DEL PERSONAL SANITARIO: Debe cuidarse:

- ▣ **La expresión facial:** A través de ella se comunica el interés y comprensión hacia las palabras y el estado emocional de su interlocutor.
- ▣ **La mirada y el contacto ocular.**
- ▣ **La postura:** El mero hecho de sentarse comunica al enfermo la sensación de que el profesional va a dedicarle todo el tiempo que precise.
- ▣ **Los gestos:** sirven para dar énfasis a los mensajes verbales.
- ▣ **La proximidad física:** modula la calidad y el tipo de interacción.
- ▣ **El contacto físico:** subraya nuestra simpatía o comprensión por nuestro interlocutor y el deseo de acompañarlo en su problema.
- ▣ **Las claves vocales** (tono, volumen, claridad velocidad, énfasis, fluidez), afectan a su significado y recepción.
- ▣ **La apariencia personal** (peinado, forma de vestir, aseo, etc) introduce matizaciones importantes en la comunicación.

El profesional sanitario suele desempeñar su función en equipo, y, dentro de ese equipo, ocupa una determinada posición jerárquica, en la que se enfrentará con determinadas situaciones (relaciones jerárquicas ascendentes y descendentes), que requieren de él habilidades específicas.

10.2.- HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES

La adquisición de competencias sociales es básica para el mantenimiento de la salud y el bienestar, y es muy positivo para recuperación de la salud en los enfermos.

1. El entrenamiento en habilidades sociales permite contar con una buena *red de apoyo social que es importante predictor de mantenimiento de hábitos saludables*, de realización de pruebas de screening y revisiones periódicas y de adherencia a los tto médicos.
2. Frente a una enfermedad, el paciente debe mantener *comportamientos asertivos y de relación social* que le permitan establecer adecuadas relaciones con el personal de atención, informarse del diagnóstico, etc.
3. Tanto el paciente como los familiares deben *aprender a manejar el estrés, comunicar sus sentimientos y necesidades* de forma adecuada y controlar problemas de interacción personal asociados a la enfermedad.
4. En el caso de trastornos crónicos pueden presentarse *problemas relacionados con la autoestima, dificultades de comunicación y aislamiento social*.

11.- CONSIDERACIONES FINALES

- La pertinencia de una técnica dada, y su elección, ha de venir determinada por el análisis individualizado del caso y por los objetivos concretos del tto, adaptándose a las capacidades y necesidades del paciente.
- Este tipo de intervenciones se enmarcan dentro de ttos y equipos multidisciplinares, por ello, el tto psicológico ha de integrarse en programas amplios que incluyen intervenciones de diversa índole y ha de adaptarse a ellas.
- Las intervenciones conductuales en el ámbito de la salud adoptan formas muy diversas que incluyen desde intervenciones comunitarias (prevención primaria), hasta grupales e individuales, intentando siempre llegar al mayor número de sujetos con el menor coste, y ajustando los programas a las posibilidades reales de los sujetos y a los recursos disponibles.
- El concepto de sujeto adopta también una consideración amplia: incluye a las personas afectadas por la enfermedad, las implicadas en el tto y asistencia (familiares y personal sanitario).

- Buena parte de los programas a utilizar no son aplicados directamente por el psicólogo, por lo que es frecuente el recurso al entrenamiento de paraprofesionales. Esto no siempre es posible o aconsejable (las técnicas cognitivas son más complejas y requieren una especialización importante).