

# TEMA 1. DATOS HISTÓRICOS DE LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

1. ETAPA DE GESTACIÓN
2. ETAPA DE CONSTITUCIÓN
3. ETAPA DE CONSOLIDACIÓN

## 1. ETAPA DE GESTACIÓN

**Witmer** es considerado por muchos autores uno de los antecedentes más importantes de la psicología clínica infantil. Sus aportaciones más destacadas son:

- ?? En 1896 dirigió la primera clínica psicológica, desarrollando en ella actividad de tipo terapéutica centrándose en el diagnóstico y tratamiento de niños con problemas sensoriales, de retraso mental, de lenguaje y aprendizaje escolar, e intentó tratar también a niños psicóticos (Sarason y Gladwin, 1958).
- ?? El equipo multidisciplinar de su clínica (psicólogos, médicos, trabajadores sociales) desarrollaba tareas de prevención de futuros problemas en los niños ya tratados, asesoraba a los padres y maestros de los niños “normales”, efectuaba tareas de orientación vocacional e impartía cursos formativos de verano.
- ?? Desempeñó también tareas docentes y de investigación en la Universidad de Pensilvania. En el curso académico de 1904-1905 se iniciaron formalmente las asignaturas de Psicología Clínica.

El enfoque psicoeducativo de Witmer pronto planteó ciertas preocupaciones acerca de los problemas neuróticos, interiorizados debido a la influencia del psicoanálisis que irrumpió con fuerza en EE.UU a principio del siglo XX y se mantuvo como principal línea teórica y de tratamiento en todas las clínicas y centros infantiles hasta los años 60, aunque hoy en día sigue bastante extendido. Hacia 1913 aparece el **conductismo** como un modelo terapéutico viable de la mano de **Watson**, considerado como el precursor de la modificación de la conducta en niños, sobre la base teórica del **conductismo**. Investigó las respuestas emocionales en los niños. Watson y Rayner (1920) realizaron un conocido experimento, “el pequeño Albert”, un niño de 11 meses de edad al que condicionaron una fobia a las ratas blancas. Dicho experimento no sería posible efectuarlo en la actualidad por limitaciones éticas.

**Jones** (1924) una discípula de Watson desarrolló siete procedimientos para eliminar respuestas de miedo de niños institucionalizados. El **condicionamiento directo** y la **imitación social** fueron los métodos más consistentes para reducir los miedos de los niños. Además utilizó con éxito ambos métodos para eliminar el miedo a los conejos de Peter, un niño de casi tres años.

Los problemas más investigados y tratados, por los teóricos del aprendizaje, en esta época fueron: las fobias y las enuresis (Rachman, 1979 y Mowrer 1938).

## 2. ETAPA DE CONSTITUCIÓN.

La **modificación de la conducta**, propiamente dicha, se constituye en la década de los 50 y hasta los años 60 las intervenciones se guían por el modelo del condicionamiento clásico. Posteriormente se incorporó el modelo del condicionamiento operante. Los principales autores son: Wolpe, Eysenck y Skinner.

- ?? **Wolpe**: Procedente de Sudáfrica, destacan por el desarrollo de la **desensibilización sistemática** como tratamiento de los trastornos fóbicos y de ansiedad. Aunque básicamente trató con pacientes adultos en sus dos obras (*Psicoterapia por inhibición recíproca*, 1958 y *Práctica de la terapia de la conducta*, 1969) expone como trató a tres varones: uno de 11 años con problemas de ansiedad social y tics, otro de 14 años con un problema de tartamudez y finalmente otro de 11 años con miedo a las figuras de autoridad.



- ?? **Lazarus y Rachman** (1957): discípulos de Wolpe, destacan por el éxito obtenido en el tratamiento de niños con diversos problemas fóbicos, basándose en el principio de inhibición recíproca. En 1962 Lazarus y Abramovitz describieron la **técnica de imágenes emotivas** que emplearon con los niños.
- ?? **Eysenck**: Desde Inglaterra realizó una extensa crítica de la psicoterapia tradicional e impulsó la implantación de técnicas procedentes de la psicoterapia experimental del aprendizaje como alternativa.
- ?? **Skinner**: En Estados Unidos, desarrolló la **teoría del condicionamiento operante**. Junto con otros autores son los primeros en acuñar el término “**terapia de la conducta**”, para referirse a la aplicación de técnicas operantes a pacientes esquizofrénicos, que más adelante se amplió en otros campos de aplicación, entre ellos la modificación de la conducta infantil. Alrededor de los años sesenta aparecieron en Estados Unidos numerosas revistas que publicaban investigaciones e intervenciones operantes con niños. Aunque inicialmente el análisis conductual se aplicaba en niños con limitaciones cognitivas (diferencias mentales, autismo,...) en los que se podía ejercer un gran control externo, poco a poco el interés fue ampliándose.

### **3. ETAPA DE CONSOLIDACIÓN**

Durante las décadas de los 60 y 70 las intervenciones en la modificación de conducta mantuvieron el modelo del condicionamiento operante e incorporan el del aprendizaje vicario. Hasta este momento parece que el conductismo permaneció relativamente dormido.

- ?? A finales de los 70 surge la **teoría del aprendizaje social** de la mano de **Bandura**, entre otros, quienes investigaron los efectos terapéuticos del modelado, en niños y adolescentes con problemas de ansiedad (fobias, retraimiento social,..). Por ejemplo se interesaron por la influencia que ejercía sobre la conducta de los niños la observación de modelos agresivos o cooperativos. Desde la teoría del aprendizaje social se enfatiza la importancia de los aspectos cognitivos y de personalidad para entender la conducta. En conclusión, Bandura añadió el aprendizaje observacional a los procesos de condicionamiento clásico y operante.
- ?? Aunque ya lo apuntaba Bandura el enfoque cognitivo cobró importancia en el campo infantil y juvenil a través de **Ellis** (1977) y **Grieger** (1981). Ambos reservaron una parte de su trabajo en la **terapia racional emotiva** aplicada a los niños.
- ?? De la misma forma que **Meichenbaum** (1977) empleó el **entrenamiento en autoinstrucciones** con niños hiperactivos/impulsivos y niños agresivos.
- ?? **Novaco** adaptó la **técnica de inoculación de estrés** para problemas de ira en delincuentes juveniles.
- ?? Finalmente **Spivac, Shure** y otros investigaron la solución de **problemas interpersonales** en preescolares, escolares y adolescentes.
- ?? La década de los 80 se caracteriza por la publicación de numerosos libros dedicados exclusivamente a la modificación/terapia de conducta en niños y adolescentes con programas de tratamiento más estructurados. Algunas de estas obras ya surgen de nuestro país. El enfoque farmacológico del tratamiento en niños y adolescentes alcanza un punto en el que rivaliza con los enfoques psicoterapéuticos y conductuales (Ollendick, 1989).
- ?? En la década de los 90 aparecen revistas íntegramente dedicadas a la modificación/terapia de conductas infantil. Estas dos últimas décadas podemos concretar, a modo de resumen, que se han incorporado a los modelos teóricos existentes otras características que las hace tener una relevancia distintiva:
  - a) Las variables evolutivas han adquirido importancia en la determinación del tratamiento.
  - b) Ya no interesa sólo el niño sino también las variables que le rodean, y que participan en el mantenimiento del problema.
  - c) Se ha ampliado el campo de interés a contextos de salud.
  - d) La incorporación de nuevas tecnologías como: feedback, vídeos, realidad virtual.
  - e) Un especial interés para desarrollar estrategias de prevención primaria y secundaria, cuyo origen se remonta a los años 60.

Podemos concluir que en la actualidad la aplicación de las teorías del aprendizaje a los trastornos conductuales de los niños goza de amplia aceptación y reputación.



# TEMA 2. TÉCNICAS Y CARACTERÍSTICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

1. INTRODUCCIÓN
2. ENFOQUES TEÓRICOS ACTUALES
  - 2.1. El enfoque cognitivo
  - 2.2. En enfoque contextual
3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
4. PERSPECTIVAS FUTURAS
5. TÉCNICA DE LA TERAPIA Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA
  - 5.1. Técnicas de Control de la Activación: Relajación progresiva y respiración.
  - 5.2. Desensibilización Sistemática
  - 5.3. Técnicas de Exposición
  - 5.4. Técnicas Operantes
    - 5.4.1. Técnicas para el desarrollo de conductas
    - 5.4.2. Técnicas para la reducción de conductas operantes
    - 5.4.3. Técnicas de Organización de contingencias
  - 5.5. Técnicas Aversivas
  - 5.6. Técnicas de Autocontrol
  - 5.7. Técnicas de Modelado
  - 5.8. Técnicas de Biofeedback
  - 5.9. Técnicas de Resolución de Problemas
  - 5.10. Entrenamiento de Habilidades Sociales
  - 5.11. Técnicas de reestructuración cognitiva

## 1. INTRODUCCIÓN

Según **Labrador** (1986 y 1990) la **modificación de conducta** es un conjunto muy amplio de técnicas, objetivos de aplicación y enfoques teóricos diferentes que, a pesar de todo comparten una serie de características que permiten agruparlas bajo el mismo nombre. Algunas de estas características son:

- ?? Las técnicas de intervención se fundamentan en la psicología experimental.
- ?? Su aplicación se extiende tanto en el campo clínico como no clínico, partiendo de la base que hay unas reglas generales que gobiernan las conductas normales y anormales. Las conductas se aprenden y desaprenden en ciertas condiciones del medio social, bajo ciertas influencias genéticas y constitucionales. No se contempla la conducta desadaptada o anormal como síntoma de un trastorno subyacente o de otro constructo que deba ser sometido a tratamiento.
- ?? La evaluación objetiva de las intervenciones. Es decir, la intervención tiene como objetivo la modificación o supresión de conductas desadaptadas, substituyéndolas por otras más adecuadas. Este cambio conductual debe ser observable y medible directa o indirectamente en sus tres modalidades de respuesta: motora, fisiológica y cognitiva.
- ?? La evaluación objetiva de la eficacia de los tratamientos, con el propósito de revisar los propios métodos según sean los resultados.
- ?? El estudio se centra en la conducta actual, de manera que la historia previa sólo es relevante en la medida que explica las variables que potencian la conducta presente:



La evaluación de los tratamientos conductuales es la modificación de la conducta inadapada. Para ello, antes de iniciar el tratamiento, se debe realizar una evaluación minuciosa de los parámetros y contingencias que controlan la conducta, donde se define las conductas en términos observables y se establecen sistemas de registro. Con el fin de configurar un diseño del plan de intervención (indicación y diseño de tratamiento, primera fase, pre-tratamiento o diagnóstico) y evaluar los resultados de la misma (control de los resultados, fase de tratamiento y seguimiento).

## **2. ENFOQUES TEÓRICOS ACTUALES**

Retomando de nuevo la definición de Labrador, y una vez explicadas las características comunes de la modificación de conducta, vamos a exponer los distintos enfoques teóricos. Esta heterogeneidad responde a dos aspectos: uno a la variedad de los modelos teóricos y otra a la variedad en la forma de aplicación. A pesar de esta pluralidad que conforman la modificación de conducta podemos distinguir entre 2 enfoques.

### **2.1. ENFOQUE COGNITIVO**

Dentro del **enfoque cognitivo** se agrupan todos los modelos que tienen en común el análisis y manejo de la representación mental de la realidad o del mundo, que puede cobrar distintas denominaciones: esquemas mentales, creencias, estructuras cognitivas, procesamiento de la información, narrativas,... Según este enfoque la conducta o los problemas psicológicos derivan de errores en estas representaciones mentales (procesamiento de la información), de manera que el cambio psicológico viene mediado por el cambio cognitivo, como condición de la modificación de conducta (Vallejo Pareja, 1998).

Aunque existen múltiples modelos de terapia cognitiva, existen dos tendencias claras:

?? **La cognitivo-conductual:** Sigue siendo el enfoque cognitivo de referencia y consta de tres modalidades:

1. Reestructuración cognitiva
2. Afrontamiento de situaciones
3. Solución de problemas

?? **La constructivista.**

Para llevar a cabo la evaluación y la intervención emplean el **esquema A – B - C**, de manera que (Vallejo Pareja, 1998):

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
Acontecimientos	Creencias	Consecuencias
Situación	Ideas	Emociones y Conductas
Circunstancias	Pensamientos	
Evento activador	Interpretaciones	
Evaluaciones		
Imágenes		

Según este esquema **A**: son los acontecimientos de la vida que están relacionados con **C** determinadas consecuencias emocionales y conductuales que definen un problema o trastorno psicológico. Y **B** son las creencias, imágenes o pensamientos que se tiene sobre los acontecimientos y las demás circunstancias de la vida. Si estas cogniciones tienen un sentido negativo (ya sea irracional, catastrófico, autoderrotista,..) esto conlleva problemas como: ansiedad, depresión,.. Este **esquema del enfoque cognitivo** fue propuesto por **Ellis** (1960) como modelo de la terapia racional emotivo-conductual, denominada actualmente. También se emplea como modelo para la terapia cognitiva de Beck.

El principal interés de este modelo ya hemos dicho que es identificar las creencias y pensamientos derivados de los antecedentes. El contenido de estas cogniciones varía en función de la técnica empleada:

?? **Ellis** mediante la terapia racional emotivo-conductual pretende descubrir las creencias irracionales.



- ?? **Beck** a través de la terapia cognitiva se interesa por los esquemas cognitivos y distorsiones en el procesamiento de la información.
- ?? **Meichenbaum** con el entrenamiento autoinstruccional se fija en lo que uno se dice a sí mismo.
- ?? **Clark** a través de la terapia cognitiva-conductual del pánico pone el acento en la interpretación de las sensaciones corporales.

A este esquema que hemos detallado le falta: **D** referida al proceso de discusión socrática respecto la validez empírica de las cogniciones y **E** que se refiere a la puesta en práctica de la nueva visión de las cosas.

## 2.2. ENFOQUE CONTEXTUAL

Este enfoque constituye la forma más tradicional de la modificación de conducta. Analiza las condiciones ambientales como determinantes de la conducta y de los problemas psicológicos. Es decir, la **modificación de conducta** en este caso resultará de algún cambio del contexto. Las distintas técnicas de la modificación de conducta se pueden ordenar según el aspecto más importante de su forma de intervenir.

Para llevar a cabo tanto el proceso de **evaluación** (que cuenta con un elevado número de instrumentos y métodos) como el de **intervención** también se emplea el **esquema A - B - C** (Vallejo Pareja, 1998):

A	B	C
Estímulo condicionado Estímulo discriminativo (discriminación condicional, control contextual) Operaciones de establecimiento Control verbal	Conducta verbal y no verbal	Reforzador 1 Reforzador 2 Reforzador n Extinción

Siguiendo el enfoque contextual, en este esquema **B** es la **conducta**, **C** son las **consecuencias** producidas por tal conducta, actuando como reforzadores de dicha conducta y **A** los **antecedentes** en cuyas condiciones ocurre la conducta. Estos antecedentes pueden especificarse según su función. Se han descrito 4:

1. **Estímulo condicionado:** Evoca respuestas conductuales.
2. **Estímulo discriminativo:** Son situaciones caracterizadas por el control del estímulo.
3. **Operaciones de establecimiento:** Son situaciones en las que se alteran las funciones discriminativas y reforzantes de los estímulos.
4. **Control verbal:** Son situaciones en las que ejerce el control sobre la conducta mediante el lenguaje.

En el **enfoque contextual** se describen los **problemas psicológicos** en términos conductuales (B) y se especifica las condiciones en las que se dan (A y C) que llevan a cabo tanto terceras personas (padres, abuelos, maestros,..) que controlan el contexto, como los propios niños o adolescentes. En cualquier caso existen tres formas de intervención:

- ?? **Con base en la exposición.** Es la exposición del niño o adolescente a una situación que evita o bien la presentación de determinados estímulos (p. ej.: *exponer a un sujeto con fobia al ascensor a subir unos pisos en ascensor*). Las técnicas tradicionalistas son: la **exposición** y la **desensibilización sistemática**.
- ?? **Con base en el manejo directo de contingencias.** Es la aplicación de una condición discriminativa y reforzante (p. ej.: *ofrecer unos cromos de la colección preferida del niño después de terminarse la cena*). Las técnicas usadas son: **control del estímulo**, **moldeamiento** y **sistema de organización de contingencias**.
- ?? **Con base en el control verbal o manejo indirecto de contingencias.** Son intervenciones donde el lenguaje es el principal instrumento terapéutico.



### 3. CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS DE LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Hay que tener en cuenta que los niños suelen ser remitidos a tratamiento por un adulto (padres, maestros, pediatras,...) y suelen consultar más cuando la conducta del niño es disruptiva, porque molesta más a los adultos y es más llamativa (p. ej.: *conductas de la dimensión externalizada como hiperactividad, agresividad, o conducta antisocial*), que no por problemas de retraimiento social, ansiedad,....

- ?? La **práctica de la terapia de conducta** tiene como objeto ayudar a las personas que solicitan ayuda. Dado que en el caso de los niños son los padres u otros adultos quienes piden esta ayuda, se debe valorar si el cambio de conducta deseado por estos adultos es adecuado para el niño o el adolescente.
- ?? El **modificador de conducta** infantil debe ser buen conocedor del desarrollo del niño, qué conductas son adecuadas y a qué edad. P. ej.: *si mojar la cama o articular deficientemente las palabras no constituye un problema a los 2 años pero sí a los 9 años; o qué tipo de reforzador se debe utilizar en niños y qué otro en los adolescentes, o a qué edad se puede emplear una técnica que implica el uso de la imaginación.*
- ?? Tanto en la evaluación como en el tratamiento de los trastorno infantiles es importante establecer un **buen clima de confianza**, sin caer en el error de aliarse con los padres, adecuar el nivel del lenguaje tanto verbal como no verbal a la edad del niño, para conseguir mayor colaboración (**PIR 00: 145**).
- ?? Aunque el **entrenamiento a coterapeutas** no es exclusivo de la modificación de conducta infantil, es importante resaltar que los padres, abuelos, maestros, canguros, otros educadores, etc., son figuras relevantes para ser entrenadas en el manejo de contingencias, ya que proporcionan una elevada tasa de reforzamiento. Puede ocurrir que el problema del niño venga derivado de las actitudes (contingencias) de los padres o bien la percepción que estos tengan del problema, de manera que es fundamental implicar a los padres en los tratamientos psicológicos (**PIR 00: 140**). Este entrenamiento tiene por objetivo: que el coterapeuta aprenda los principios y las técnicas de modificación de conducta para resolver el problema actual y posibles problemas futuros. Aunque siempre se enfatizan las relaciones familiares y el clima familiar, esto es especialmente importante ante problemas de conducta, en vez de centrarse exclusivamente en el niño o adolescente.
- ?? Además de la importancia de trabajar con el niño o adolescente, la familia y el entorno escolar, existe otra modalidad, el **tratamiento grupal**, que ofrece como ventajas: permitir que tenga experiencias de socialización, puede resultar más atractivo y para algunos jóvenes les permite vivir el tratamiento como menos amenazador (**PIR 00: 146**).
- ?? La modificación de conducta en niños y adolescentes no está exenta de **normas éticas**:
  - 1) **Derecho a la confidencialidad.** Es de especial importancia que se respete el derecho a la intimidad del niño o adolescente ya que participan con frecuencia coterapeutas.
  - 2) **Derecho a ser informado.** Tanto del motivo de consulta, los objetivos de tratamiento, las técnicas,...
  - 3) **Derecho a participar en la toma de decisiones.** Se debe tener en cuenta su opinión, entre otras razones porque es imprescindible obtener su colaboración.
  - 4) **Derecho a recibir un tratamiento eficaz.** La elección del tipo de tratamiento debe basarse en su nivel de eficacia y de intrusismo, es decir, que interfiera mínimamente en la vida del niño o adolescente.

### 4. PERSPECTIVAS FUTURAS

Además de potenciar algunas de las características mencionadas en el apartado anterior, están cobrando especial relevancia dentro de la modificación de conducta de niños y adolescentes:



- ?? La relación entre psicología del desarrollo y la modificación de conducta infantil.
- ?? La promoción así como la prevención de la salud.
- ?? La medicina conductual en niños, actualmente denominada “**medicina conductual pediátrica**” aunque más aceptado en nombre de “pediatría conductual”. Se han descrito diversas intervenciones en este campo, que pueden agruparse en 3 áreas:
1. **Tratamiento directo de los problemas de salud** (p. ej.: *disminuir el dolor antes o después de una intervención quirúrgica, reducir miedos o fobias al dentista,..*).
  2. **Cuidado de la salud**, como complemento a un tratamiento directo (p. ej.: *enseñar a un niño o adolescente con leucemia a tragarse las grageas, potenciar el cumplimiento de las prescripciones médicas en un paciente insulino-dependiente, control de la situaciones precipitantes de crisis asmáticas*).
  3. **Mejora de los sistemas de cuidado de la salud** (p. ej.: *entrenar al personal médico que trata con niños*).
  4. **Promoción de la salud** (p. ej.: *elaborar programas de higiene buco-dental dentro de la comunidad, programas de seguridad vial,..*).

## **5. TÉCNICAS DE LA TERAPIA Y MODIFICACIÓN DE CONDUCTA**

Dado que la mayoría de técnicas de terapia y modificación de conducta son aplicables tanto a niños y adolescentes como a adultos, vamos a remitirnos al apartado de terapia y modificación de conducta de adultos y aquí nos limitaremos a:

- a) Citar dichas técnicas.
- b) Exponer las adaptaciones que en cualquier caso existen de éstas técnicas para los niños.

### **5.1. TÉCNICAS DE CONTROL DE LA ACTIVACIÓN: RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN**

- ?? Se considera **técnica de relajación** cualquier procedimiento que tenga como objetivo enseñar una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos, ya sea en trastornos de ansiedad propiamente dichos, como en otros problemas que tengan un componente ansioso (p. ej.: *en el tratamiento de la percepción corporal en trastornos alimentarios como la anorexia*), aunque integrado dentro de otra técnica.
- ?? La **relajación** puede considerarse como un estado hipoactivación facilitado por diversos procedimientos. Es decir, representa la disminución del sistema simpático (disminución de la tensión muscular, frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco, aumento de la vasodilatación, disminución y regulación de la respiración, así como la secreción de adrenalina y noradrenalina,..).
- ?? El mecanismo fisiológico implicado en la relajación muscular es el sistema límbico y en la relajación en respiración podemos añadir la buena oxigenación de los tejidos, disminuyendo la tasa cardíaca.
- ?? Existen varios **procedimientos y técnicas de relajación**, sin embargo pueden agruparse en tres modalidades:
1. **Relajación Muscular progresiva Diferencial.** Consiste en realizar unos ejercicios de tensión y relajación de forma alternativa en distintos grupos musculares. El objetivo de esta práctica es que el sujeto aprenda a identificar las señales fisiológicas procedentes de los músculos cuando están en tensión. Y posteriormente ponga en marcha las habilidades aprendidas para disminuir la tensión (relajarse). Este procedimiento requiere de un período de entrenamiento. Fue desarrollado inicialmente por Jacobson (1929) aunque diversos autores posteriormente lo modificaron. Destacar que existe una **versión infantil** de **Koeppe**n adecuada hasta los 8-10 años, aunque en adolescentes se utiliza la versión de adultos. En niños menores de 8 años hay que tener en cuenta que se debe trabajar con grandes grupos musculares, en sesiones cortas (no más de 15 minutos) pero con una frecuencia diaria (**PIR 99: 157**).



2. **Relajación en respiración.**

3. **Otras técnicas de relajación.** Podemos mencionar algunas técnicas propiamente de relajación como:

- Meditación.
- Yoga.
- Hipnosis.
- Entrenamiento autógeno.
- Técnicas de modificación de conducta que contienen entrenamiento en relajación como parte de ellas: **Biofeedback y desensibilización sistemática.**

**5.2. DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA**

La **Desensibilización Sistemática (D.S.)** desarrollada por Wolpe (1958) es uno de los procedimientos más investigados y más utilizados en la terapia y modificación de conducta para reducir respuestas de ansiedad y eliminar respuestas de evitación (fobias), tanto en niños y adolescentes como en adultos, desarrollando respuestas incompatibles con la ansiedad.

La D.S. consiste en pedirle al sujeto que, estando relajado, imagine varias escenas que le provoquen cada una de ellas mayor ansiedad que la anterior. Imaginando estas escenas repetidamente, con los estímulos que habitualmente evocan respuestas de ansiedad, mientras que el sujeto está relajado produce un debilitamiento gradual y la eliminación de estas respuestas de ansiedad.

Existen una serie de **variantes** de la D.S. y entre ellas algunas de interés específico para el campo infantil. Partimos de la clasificación propuesta por Olivares y Méndez (1998):

<b>DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA</b>	
<i>Variantes</i>	<i>Características</i>
<b>A. VARIANTES TÉCNICAS</b>	
<b>D. S. Automatizada</b>	Las instrucciones de relajación y la jerarquía se graban en cassette o en vídeo.
<b>D. S. Autodirigida</b>	El sujeto se aplica el procedimiento apoyándose con materiales.
<b>D.S. en grupo</b>	La aplicación se realiza en grupo.
<b>B. VARIANTES DE LA RESPUESTA INHIBIDORA</b>	
<b>Ira inducida</b>	Se utilizan las respuestas de ira en lugar de la relajación.
<b>Imágenes Emotivas</b>	Se emplean historias que provocan la aparición de emociones.
<b>D.S. mediante movimiento ocular</b>	Combina la exposición en imaginación a los estímulos ansiógenos con la inducción de movimientos sacádicos.
<b>Escenificaciones Emotivas</b>	Se utilizan como respuestas antagónicas de la ansiedad de las emociones positivas que aparecen durante el juego.
<b>C. VARIANTES CON ESTÍMULOS EXTEROCEPTIVOS</b>	
<b>Desensibilización en vivo</b>	Los estímulos no se presentan en la imaginación, sino en su forma real. El sujeto se aproxima realmente al estímulo generador de miedo.
<b>Desensibilización por contacto</b>	Es una variante de la D.S. en vivo donde el terapeuta actúa como modelo, exponiéndose a los estímulos generadores de ansiedad y posteriormente lo realiza el sujeto.
<b>Desensibilización Enriquecida</b>	Se utilizan medios de apoyo para favorecer la imaginación de escenas como fotografías distintivas o estímulos como: ruidos, olores, sensaciones táctiles que hagan la escena más vívida.
<b>D. VARIANTES DE AFRONTAMIENTO</b>	
<b>Desensibilización de Autocontrol</b>	El sujeto continúa visualizando la escena aunque lo provoque la ansiedad y ha de imaginarse a si mismo relajándose en dicha situación. Las escenas presentadas se refieren a situaciones estresantes relacionadas con distintos problemas.
<b>Desensibilización con Autoinstrucciones</b>	Se entrena el sujeto en la elaboración de autoinstrucciones de afrontamiento o autoinstrucciones que debe aplicar cuando se le presentan las escenas en la imaginación.



Vamos a estudiar con más detalle las variantes empleadas en el tratamiento infantil básicamente de fobias específicas tales como: *fobia de la oscuridad, a quedarse solo en casa, a ruidos intensos, a los animales, a las inyecciones, al dentista,...*

#### **A. Variantes de la respuesta inhibitoria de la ansiedad:**

?? **Imágenes emotivas**, de **Lazarus y Abramovitz** (1979): desarrollada específicamente para el tratamiento de niños en los que les resulta difícil aplicar el tratamiento en relajación y la evocación de imágenes mentales. En este método se utilizan la imaginación de escenas que provocan sentimientos positivos (imágenes emotivas), que inhiben la ansiedad (**PIR 99: 159**).

?? **Procedimiento**: Se siguen los mismo pasos que la D.S. en la elaboración de la jerarquía. Posteriormente el terapeuta debe identificar los héroes favoritos del niño o bien algún regalo muy deseado y las emociones que evoca. Se indica al niño que imagine una secuencia de su vida real en la que se introduce una historia real de su héroe favorito. Ello suscitará una emoción positiva y es entonces cuando se introduce la narración del ítem más bajo de la jerarquía (**PIR 95: 112**). Si el niño refiere ansiedad se retira el estímulo fóbico y se vuelve a generar la imagen positiva. Si no refiere ansiedad se pasa al ítem siguiente y así sucesivamente.

Esta técnica es sencilla de aplicar, aprovecha la capacidad imaginativa de los niños, resulta útil para reducir el miedo a procedimientos médicos dolorosos y también es posible aplicarlo en vivo (p. ej.: *en un niño con miedo a la oscuridad, se puede simular un juego en el que él es Batman y debe realizar una misión*).

?? **Técnicas de escenificaciones emotivas**. Desarrollado por **Méndez** (1986) y **Méndez y García** (1996), para el tratamiento de niños pequeños (3 a 8 años) con fobias, que presentaban dificultades para el entrenamiento en relajación, por su corta edad. Se trata de aplicar un **juego**, en el que se utilizan emociones positivas como respuestas opuestas a la ansiedad, además de emplear el **modelado participante** (práctica guiada por el terapeuta) y **refuerzo positivo** de las respuestas de aproximación a los estímulos fóbicos.

- **Fase de preparación**: Se construye la jerarquía, se identifican los reforzadores (que pueden ser de diferentes tipos e incluso directos o indirectos, mediante una economía de fichas) y se elige con el niño el tema del juego (suelen estar relacionados con héroes infantiles o personajes de los dibujos animados).
- **Fase de aplicación**: Se inicia el juego y cuando el niño participa activamente el terapeuta da las instrucciones oportunas para que el niño realice un ítem de la jerarquía. Si ejecuta la conducta se administra el reforzador y se repite varias veces hasta quedar totalmente superado. Si no el terapeuta (o coterapeuta) modela dicha conducta hasta que el niño la ejecute. Puede ayudarse de: inducción verbal, guía física, humor,... La sesión termina con un ítem superado. Se suele realizar 3 sesiones/semana de 30' de duración aproximada, durante 4 semanas.
- **Fase de consolidación**: Resulta útil programar algunas sesiones de sobreaprendizaje, en las que se repiten los ítems superiores de la jerarquía o bien aquellos que ha requerido mayor número de ensayos y tiempo de modelado. Y finalmente hay que ofrecer una serie de instrucciones dirigidas a los padres u otros familiares y, si cabe, a maestros, para modificar las contingencias de refuerzo inadecuado, que puedan facilitar el mantenimiento de la respuesta fóbica (p. ej.: *intentar persuadirle de que no debe tener miedo, no dejar dormir al niño en la cama de los padres si este tiene miedo a la oscuridad,...*)

#### **B. Variantes con estímulos exteroceptivos**

**Desensibilización por contacto**, **Ritter** (1968), se utiliza fundamentalmente con niños, aunque es aplicable también en adultos. Consiste en la combinación de la **D.S.** y el **modelado**. Se construye la jerarquía y posteriormente el terapeuta se expone, para servir de modelo, a los estímulos ansiógenos antes que el paciente. Se estimula con frases motivadoras, guía física y refuerzo verbal positivo antes los progresos. El terapeuta se retira gradualmente hasta que el paciente se expone al estímulo fóbico sin la presencia de este.



### 5.3. TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN.

Las **técnicas de exposición** son procedimientos eficaces para el tratamiento de trastornos de ansiedad tales como: Agorafobia, trastorno obsesivo-compulsivo, Fobias Específicas, Fobia Social,...

Su origen se atribuye a **Stampfl** (1961), que denominó **terapia implosiva** (o implosión) a una técnica que combina los principios psicoanalíticos con los procedimientos derivados de las investigaciones en psicología experimental. Según el autor los pacientes deberían exponerse ante estímulos altamente ansiógenos, impidiendo cualquier respuesta de evitación y/o escape. Estos estímulos debían ser elegidos según postulados psicoanalíticos.

Posteriormente **Baum** (1968) desarrolló otra técnica denominada **inundación** (o flooding). Con ella demostró que la presencia prolongada de estímulos ansiógenos, asociada a la prevención de la respuesta era suficiente para conseguir la extinción del estímulo fóbico. En la inundación rehuye de elementos psicodinámicos. **Característica central:** la exposición prolongada a estímulos fóbicos reduce/elimina los componentes fisiológicos de la respuesta ansiógena. Por lo tanto implosión e inundación no son sinónimos, pues tienen distintas características.

La base teórica de la inundación se fundamenta en la **teoría bifactorial de Mowrer** (1947) según la cual el sujeto adquiriría la respuesta ansiosa o de miedo mediante un proceso de condicionamiento clásico y lo mantenía mediante un proceso de condicionamiento operante. Otras perspectivas ofrecen sus aportaciones debido a las lagunas de la teoría de Mowrer. Así se producía la reducción del miedo ante la exposición gracias a un proceso de habituación (perspectiva psicofisiológica), mediante extinción (perspectiva conductual) y con el cambio de expectativas (perspectiva cognitiva).

Existen 3 modalidades de exposición más habitualmente utilizadas en niños y adolescentes:

- ?? **Exposición en vivo**
- ?? **Exposición en imaginación.**
- ?? **Exposición graduada.**

Vamos a detallar la exposición graduada ya que es una variante empleada en la terapia infantil y no en adultos.

?? **Exposición graduada.** Si bien está demostrado que la modalidad de exposición en vivo es la más eficaz, con resultados intensos y duraderos (tanto más cuanto más larga y continuas hayan sido las exposiciones, aconsejándose una exposición de 2-3 horas durante 1 semana), a veces resulta inadecuado emplearla en niños (por su corta edad, por falta de conciencia de la gravedad del problema, por falta de motivación,..) y debemos utilizar alternativas. Exposición en imaginación o exposición graduada. Esta última consiste en un paquete de procedimientos que incluye (**PIR 99: 153**):

- **Imaginación emotiva:** Empleo de imágenes o escenas que generan sentimientos positivos.
- **Práctica reforzada:** Consiste en ir administrando refuerzo positivo, de forma paulatina, al niño, a medida que va superando la jerarquía propuesta (**PIR 99: 154, PIR 00: 152**).

### 5.4. TÉCNICAS OPERANTES

Las **técnicas operantes** fueron las primeras utilizadas dentro de la modificación de conducta. Sus orígenes se remontan a los trabajos sobre aprendizaje animal de Thorndike (1989), que constituyeron la base del modelo de **condicionamiento instrumental**. Thorndike observó que si encerraba los gatos, perros o pollos en “cajas-problema” (jaulas experimentales, en las que el animal para poder escapar y conseguir comida que tenía a la vista, debían descender el cerrojo) éstos aprendían y repetían conductas de escapada que les conducía a un resultado positivo (recompensa) y a no realizar aquellas que les llevaban a un resultado negativo (castigo). A este tipo de aprendizaje se denomina instrumental porque la conducta del animal actúa como un instrumento para obtener la consecuencia deseada.



Posteriormente Skinner (1953) desarrolló definitivamente el condicionamiento instrumental, denominándolo **condicionamiento operante**, distinguiéndolo del modelo clásico. Skinner aplicó los principios del condicionamiento operante de la economía, el gobierno, la educación..., así como para el estudio de la psicología que denominó **análisis experimental de la conducta**. Su aplicación en el ámbito clínico y social constituye el **análisis conductual aplicado** (Kazdin, 1983).

Los principios operantes básicos, sus características y los efectos sobre la conducta pueden clasificarse según Méndez Y Olivares (1998):

<i>Principio básico</i>	<i>Procedimiento y operación característica</i>	<i>Efectos sobre la conducta</i>
<b>Reforzamiento</b>	Presentación o retirada de un acontecimiento después de una respuesta.	Aumenta la frecuencia de la respuesta.
<b>Castigo</b>	Presentación o retirada de un acontecimiento reforzante después de una respuesta.	Disminuye la frecuencia de la respuesta.
<b>Extinción</b>	Cese de la presentación de un acontecimiento reforzante de una respuesta.	Disminuye la frecuencia de la respuesta anteriormente reforzada.
<b>Control de estímulos</b>	Reforzamiento de la respuesta en presencia de un estímulo (ED) y no en presencia de otro.	Aumenta la frecuencia de la respuesta en presencia de un ED y no en presencia de otro E.

Estos procedimientos básicos que conforman: el reforzamiento, castigos, extinción y control de estímulos, se puede definir según la presencia o eliminación contingente de un estímulo, de manera que éste se convierte en refuerzo positivo o aversivo para el individuo:

<b>Manipulación de Contingencias</b>	Presentación Contingente
	Retiro Contingente
	Discontinuidad de la contingencia

<i>Estímulos o situaciones</i>	
<i>Reforzantes</i>	<i>Aversivos</i>
Refuerzo positivo (+? R)	Castigo positivo (-? R)
Castigo negativo (-? R)	Refuerzo negativo (+? R)
Extinción (-? R)	Recuperación (+? R)
<b>Efectos</b>	
+? R= Incrementa la probabilidad de aparición futura.	
-? R= Disminuye la probabilidad de aparición futura.	

### 5.4.1. Técnicas operantes para el desarrollo de conductas

Técnicas operantes para desarrollar y mantener conductas son **técnicas de cambio gradual** y se fundamentan en la utilización de:

- **Reforzamiento** de forma contingente a la aproximación de una conducta meta.
- **Extinción** de aquellas respuestas que no se dirigen a conducta final.
- **Control de estímulos o entrenamiento en discriminación**, que consiste en el refuerzo de los pasos progresivos hacia una conducta final, ante estímulos discriminativos, que poco a poco se irán retirando.

Las **principales técnicas operantes** para el desarrollo y mantenimiento de conductas son:

#### 1) **Moldeamiento (o Shaping):**

El **moldeamiento** es una técnica útil para desarrollar una **conducta nueva** de forma gradual, mediante el reforzamiento sucesivo de las aproximaciones más parecidas topográfica y funcionalmente a la conducta final que se pretende conseguir. Esto implica al mismo tiempo la extinción de las respuestas que son muy distintas a la conducta final. Los principales ámbitos de aplicación de esta técnica son: la educación especial (autismo y retraso mental), en el desarrollo del habla, como de distintas pautas motoras o la rehabilitación de funciones motoras.



**Procedimiento:**

- **Especificar la conducta final.** Debe ser operativa (p. ej.: *en un niño autista: “que mire a la persona que le llame por su nombre; en un alumno con dificultades en el aprendizaje del cálculo matemático: “dividir cifras pares por dos”; o un adolescente con fobia social dentro del entrenamiento en habilidades sociales: “ Mirar a la cara a sus compañeros de clase y saludarlos al llegar a la escuela”*).
- **Elección de la conducta inicial o de partida,** técnicamente denominado línea base. Esta conducta de partida debe ocurrir con una frecuencia suficiente para poder ser reforzada hasta llegar a la conducta final (p. ej.: *en un niño autista: “acercarse a la persona que lo llama por su nombre”; en el alumno: “sumar y restar”; en el adolescente: “cuando algún compañero de pide un trozo de bocadillo”*).
- **Elección de los pasos del moldeado.** Es decir definir cuáles son las aproximaciones o pasos sucesivos que se van a seguir hasta alcanzar la conducta final y que instigadores vamos a emplear, a parte de los reforzadores, en momento en los que el paciente tenga dificultades (*acompañamiento físico, indicaciones verbales o gestuales,...*).
- **Moldeamiento propiamente dicho,** aproximaciones sucesivas acompañadas de reforzamiento positivo, que será más frecuente al principio, pero que progresivamente se irá administrando un programa cambiante (aumentar el número de aproximaciones para recibir el mismo reforzador,...).

**2. Encadenamiento:**

El **encadenamiento** es la **formación de conductas compuestas** a partir de otras sencillas, que ya figuran en el repertorio del sujeto. Es decir de segmentos elementales de conducta se unen hasta formar una conducta compleja, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. Cada conducta del complejo resultante tiene una doble función:

- Como **estímulo discriminativo** para la siguiente.
- Como **estímulo reforzador** de la anterior.

Esta técnica se suele emplear en el desarrollo de habilidades de autonomía personal tanto en el ámbito de la educación especial como normal (*vestirse, asearse los dientes, ducharse*).

**Procedimiento:**

- **Elección de la conducta final y el repertorio simple de conductas.** Evaluación de las conductas sencillas (que ya dispone el sujeto) que se combinarán y la secuencia que se seguirá.
- **Encadenamiento propiamente.**

Cuadro resumen de las diferencias técnicas (Méndez y Olivares, 1998):

<i><b>MOLDEAMIENTO</b></i>	<i><b>ENCADENAMIENTO</b></i>	
El objetivo es la instauración de una nueva conducta, simple. Las aproximaciones sucesivas no forman parte necesariamente de la conducta final.	Se trata de consecuencias de respuesta, que se conectan y la conducta final es más compleja que el moldeado. Todos los pasos de la cadena son parte de la conducta final.	<i><b>Conducta final</b></i>
Consiste en reforzar la conducta en un ambiente no estructurado, donde se pueden emitir una variedad de conductas.	Consiste en la unión de secuencias de respuesta en un ambiente estructurado.	<i><b>Procedimiento de entrenamiento</b></i>
Implica la administración sucesiva de reforzamiento y extinción.	Implica menos extinción, ya que existe un fuerte control de estímulos.	<i><b>Otras consideraciones</b></i>

**5.4.2. Técnicas para la reducción de conductas operantes**

A menudo podemos encontrar que nuestra intervención deba ir dirigida a la **reducción o eliminación** de una o varias conductas inadecuadas. Aunque no es recomendable centrarnos sólo en reducir o eliminar una conducta, sino que siempre será necesario que parte del procedimiento se dirija al desarrollo o mantenimiento de conductas alternativas más adaptativas. Esto es especialmente importante cuando se trata de problemas de conducta en la infancia de tipo: negativista, agresividad (verbal y/o física),...(PIR 00: 150).



Aunque estas técnicas son aplicables a todas edades son ciertamente muy comunes dentro del ámbito infantil (educativo infantil).

Las técnicas clasificadas con el objetivo de reducir o eliminar conductas operantes son:

- Extinción.
- Reforzamiento Diferencial.
- Castigo negativo o Coste de respuestas.
- Tiempo fuera o Time out.
- Saciación.
- Sobrecorrección.

Aunque parezca obvio hay que resaltar que, en la aplicación de cualquiera de estas técnicas, siempre podemos definir operativamente la conducta o disminuir o eliminar, evaluar el programa de reforzamiento que está siguiendo dicha conducta que le hace mantener y cuando hayamos decidido la técnica más oportuna, hay que informar al niño o adolescente del procesamiento para que pueda prever las futuras consecuencias y así modificar la conducta.

?? **Extinción:** Del mismo modo que el reforzamiento positivo es la técnica por excelencia para potenciar una respuesta, la extinción es la técnica fundamental para **eliminar**, ya que ningún organismo mantiene una respuesta en su repertorio conductual de una forma gratuita, sin obtener ningún reforzador. Por lo tanto consiste en establecer unas condiciones de manera que el sujeto no obtenga ningún reforzador ante la presencia de una conducta desadaptada. Aunque existe un “**efecto rebote**” inmediato (incrementando la frecuencia de emisión de dicha conducta) e incluso un posible aumento de comportamiento agresivos o emocionales por parte del niño, si aplicamos la extinción de forma continua se obtiene la reducción y eliminación de dicha conducta. De hecho el uso combinado de procedimientos de reforzamiento de las conductas alternativas agiliza el éxito de la extinción (p. ej.: *un niño de 8 años que llora, patatea y se muestra agresivo verbalmente cuando debe vestirse solo por la mañana antes de acudir a la escuela. El programa de reforzamiento de esta conducta es la atención y ayuda que recibe del padre/madre para evitar llegar tarde a la escuela y poder desayunar previamente. La extinción incluye ignorar las respuestas del niño y no participar en el hábito de autonomía, con el acompañamiento físico a la escuela tal y como esté vestido*).

?? **Reforzamiento Diferencial:** Es un procedimiento positivo o constructivo para la **reducción o eliminación** de conductas. Utiliza el **reforzamiento positivo** para disminuir conductas inadaptadas. Hay 3 tipos de reforzamiento diferenciados:

- **Reforzamiento Diferencial de tasas bajas (RDTB):** Se utiliza ante conductas que queremos **debilitar pero no suprimir**. Consiste en aplicar reforzamiento contingente a una conducta siempre que ésta de mantenga en tasas bajas (p. ej.: *El maestro que sólo reforzará al alumno, que acapara la conversación de un tema con el grupo de clase, cuando éste participa en un menor número de veces*). Si nos proponemos un límite en la emisión la dicha conducta, además de mantener la condición de tasas bajas estaremos administrando reforzamiento diferencial de tasas bajas de **respuesta limitada (PIR 01: 128)** (*el maestro sólo reforzará a dicho alumno en el caso que sus intervenciones no excedan de 4*).
- **Reforzamiento Diferencial de Otras conductas (RDO):** Se trata de reforzar cualquier conducta, excepto la que se desea disminuir o eliminar, es decir, **reforzar la no emisión** de la conducta problema durante un período de tiempo. Resulta útil en conductas autolesivas, agresivas,..(p. ej.: *en un niño que se golpea la cabeza contra la pared, se le ofrece el alimento que más le gusta, recibirá este reforzador de forma inmediata al final del intervalo de tiempo que el niño no se autolesione*).
- **Reforzamiento Diferencial de Conductas Incompatibles (RDI):** Se trata de reforzar conductas incompatibles a la que se desea eliminar. (p. ej.: *administrar reforzamiento positivo a un niño con retraso mental, que trabaja de pie, cuando este se sienta en una silla*). El RDI es aplicable a muchos problemas. Azrin y Nunn (1987) desarrollaron el **Entrenamiento en reacción de competencia**, que es actualmente el tratamiento de elección en el caso de tics, tricotilomanía y onicofagia. Consiste en aprender a ejecutar una **respuesta** que sea **físicamente incompatible** con la reproducción del hábito nervioso.



- ?? **Castigo Negativo o Coste de Respuesta:** Consiste en la retirada de un reforzador positivo contingente a una conducta no deseada. Evidentemente la efectividad del coste de respuesta o castigo negativo depende de la magnitud del reforzador retirado (p. ej.: *Un maestro que priva a un alumno del tiempo de recreo por mal comportamiento durante la clase*). Es importante que el niño sepa de antemano las consecuencias de su comportamiento.
- ?? **Tiempo Fuera o Time Out:** Es la supresión contingente de la oportunidad de obtener reforzamiento positivo, durante un período de tiempo, ante la emisión de una conducta inadecuada. Es especialmente útil como alternativa al castigo físico o verbal e incluso cuando no se pueda aplicar extinción por el riesgo que comporta dicha conducta (p. ej.: *manipular y jugar con cerillas encendiéndolas,..., cuando un niño responde agresivamente a una indicación del padre/madre/maestro, etc, increpándole,..*). Existen 2 modalidades:
- a) El padre/madre abandona físicamente al niño en una situación conflictiva.
  - b) El niño debe abandonar el espacio físico donde de ha emitido la conducta inadecuada durante un período de tiempo (aproximadamente 1' por año de edad (**PIR 98: 199, PIR 01: 203**)) previamente establecido, y trasladarse en un espacio de la casa/clase, que contenga el mínimo número de estímulos distractores, con el fin de reflexionar sobre su conducta (y evidentemente eliminar reforzadores) (p. ej.: *el lavadero, el recibidor, un rincón de la clase,..*).
- ?? **Saciación:** Es una técnica que se basa en el **principio de saciedad**, es decir, consiste en recibir un reforzador hasta tal punto que ya no resulta reforzante. Pierde por tanto la condición de reforzante e incluso puede convertirse en aversivo. Y puede utilizarse como técnica complementaria para el desarrollo de conductas alternativas especialmente en los primeros momentos (**PIR 98: 206**). Hay dos **procedimientos** de saciación:
- **Saciación de estímulo o de reforzador:** Consiste en administrar el reforzador que mantiene la conducta de forma excesiva y durante un tiempo excesivo, hasta que pierde su carácter recompensante.
  - **Saciación de respuesta o práctica masiva:** Consiste en hacer repetir al sujeto la conducta inadecuada de forma masiva. Esta técnica se ha empleado especialmente en casos de bruxismo y en los trastorno por tics (**PIR 00: 148**): muecas bucales, parpadear, sacudidas cefálicas, o en casos de síndrome de Guilles de la Tourette. Se coloca a los niños o adolescentes frente a un espejo y deben emitir el tic durante un período de tiempo limitado.
- ?? **Sobrecorrección:** Procedimiento desarrollado por **Foxx** y **Azrin** (1973) que consiste administrar contingentemente consecuencias aversivas a una conducta inadecuada. Tiene un carácter educativo. Se emplea básicamente en: niños con retraso mental, niños con autismo, trastornos conductuales, problemas de eliminación (enuresis y encopresis) y respuestas orales (vómitos, pica, coprofagia,..). Se puede proceder de 2 modos.
- **Sobrecorrección reitutiva:** Consiste en que el niño o adolescente restaure el daño que ha hecho e incluso mejore el estado original (p. ej.: *Un adolescente que ha hecho una pintada con spray en la pared de la escuela, debe borrarlo y pintar de nuevo la pared entera*).
  - **Sobrecorrección de práctica positiva:** Consiste en la práctica repetida de una conducta positiva (**PIR 97: 183**) (p. ej.: *En un niño que realiza conductas agresivas o amenazadoras hacia sus compañeros se les instruye para que se disculpe repetidas veces por su conducta e incluso que acaricie a la "víctima" o le de la mano: o un niño en encopresis debe limpiar a mano la ropa interior ensuciada y colocarla junto con la ropa sucia*).

### 5.4.3. Técnicas de organización de contingencias

Existen dos técnicas de organización de contingencias: la Economía de Fichas y los Contratos Conductuales.

- ?? **Economía de fichas:** Es una técnica tremendamente útil y muy utilizada en la modificación de conducta infantil. Se trata de un sistema de reforzamiento positivo basado en fichas o puntos, que constituyen reforzadores secundarios, que posteriormente serán canjeados por un reforzador positivo



primario. Por lo tanto se administra de forma contingente a la emisión de conductas de se desean incrementar o mantener (**PIR 95: 110**). Aunque ofrece muchas ventajas debe utilizarse cuando otros procedimientos más sencillos hayan fracasado. Es muy útil en el tratamiento de grupos en ambientes institucionalizados (hospitales, escuelas, centro de colonias,..) aunque también resulta de utilidad en el entorno familiar con varios hijos o incluso a nivel individual.

**Procedimiento:** Después de escoger la conducta problema e instruir al niño o adolescente del funcionamiento de la técnica, se eligen el sistema de fichas y los reforzadores que serán canjeados por dichas fichas. Es importante puntualizar que, a pesar de que se administren las fichas de forma inmediata a la emisión de la conducta, el niño aprende a demorar el reforzamiento ya que el reforzador administrado es secundario. Es recomendable utilizar un sistema de registro (p. ej.: *Unos padres deciden utilizar la economía de fichas con sus hijos por la lentitud en realizar las tareas de autonomía personal antes de acudir a la escuela: levantarse, vestirse, afeitarse, desayunar, hacerse la cama, recoger sus mochilas; un profesor instaura una economía de fichas en su clase de 3º de primaria para potenciar la lectura en casa de libros*).

El programa se desarrolla en tres fases:

- Fase de muestreo o establecimiento de la ficha como reforzador generalizado.
- Fase de aplicación contingente de las fichas por las conductas deseadas.
- Fase de desvanecimiento o finalización del control de conductas por fichas. Es necesario establecer un programa para que de generalicen las conductas a otros ambientes, sustituyendo en reforzamiento de fichas por el reforzamiento social o el dinero (refuerzos naturales).

?? **Contratos de contingencias:** Es un procedimiento conductual en el que se llega a un acuerdo entre personas (en el ámbito infantil normalmente entre terapeuta y padres o profesores, y entre terapeuta y adolescentes) mediante un documento por escrito. Se especifican las acciones que el paciente o coterapeuta debe realizar y también las consecuencias del cumplimiento o no cumplimiento del acuerdo (privilegios o bien penalizaciones). El contenido del contrato se negocia activamente entre ambas partes, y que finalmente deben firmar. Es importante, sobretodo en los primeros momentos, que se entreguen los premios a las conductas adecuadas de forma rápida tras la emisión de estas (**PIR 98: 209**).

Los contratos conductuales o de contingencias pueden ser **unilaterales** (el contrato implica al terapeuta y una persona) o **multilaterales** (donde están implicadas varias personas además del profesional). Se pueden emplear en multitud de ocasiones: En parejas separadas, respecto a las responsabilidades educativas de sus hijos, adolescentes con problemas de obesidad,..).

## 5.5. TÉCNICAS AVERSIVAS

Vamos a extendernos poco a las técnicas aversivas ya que no son muy usadas en la terapia infantil. A lo largo de nuestra evolución adquirimos experiencias dolorosas si tocamos fuego, un cable eléctrico, si comemos alguna alimento pasado,... Las **técnicas aversivas** se utilizan en la modificación de conductas desadaptativas que, a pesar del daño que a largo plazo les puede ocasionar, están mantenidas por poderosas consecuencias. Consisten en asociar a un patrón de conducta no adecuada, o socialmente no aceptada, con una estimulación desagradable, externa o internamente. Se emplean estímulos eléctricos, olfativos, gustativos..., aversivos contingentes a la conducta a eliminar.

En el campo infantil se han empleado: Aversión gustativa o química en casos de onicofagia; estímulos gustativos, táctiles, auditivos y de restricción física en el tratamiento de conductas como: tricotilomanía y autolesiones en niños psicóticos y con retraso mental, con un resultado muy eficaz ya que la estimulación aversiva inmediata resulta ser menos dolorosa y por ello puede tener un efecto reforzante sobre ella; y finalmente también se han utilizado en tratamiento por obesidad, pica, rumiaciones obsesivas, drogodependencias y en berrinches infantiles.

## 5.6. TÉCNICAS DE AUTOCONTROL



Remito al lector a la modificación de conducta en adultos pues no existen variaciones de las técnicas de Autocontrol en el campo infantil. Es importante comentar que las técnicas de Autocontrol, aunque se remontan a Skinner, no empezaron a recobrar importancia hasta la aparición de la terapia de conducta cognitiva. Consisten en procedimientos que le permiten al sujeto que las aprende a modificar sus propias conductas, en ausencia de instigación externa. Es decir la motivación del propio individuo para modificar una conducta es autogenerada. Así el objetivo de estas técnicas no se limita a la eliminación de un problema específico sino la interiorización, por parte del individuo, de una metodología concreta para tratar problemas que puedan surgir en su vida.

Las técnicas de Autocontrol incluyen:

- Autoobservación.
- Autorregistro.
- Programación de tareas terapéuticas entre sesiones.
- Control de estímulos.
- Contratos de contingencias.
- Autorreforzamiento.
- Autocastigo.
- Métodos encubiertos.
- Autoinstrucciones (Meichenbaum, 1969: especialmente utilizada en el tratamiento del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (**PIR 95: 79, PIR 97: 202, PIR 00: 141**), paralelamente con el tratamiento.

Evidentemente las técnicas de Autocontrol se emplean más a menudo en niños con una elevada motivación y buen nivel de implicación y responsabilidad, niños con un desarrollo cognitivo suficiente y especialmente en adolescentes. Algunos de los problemas en los que se utilizan técnicas de Autocontrol son: dentro de un programa de técnicas de estudio, en problemas de salud como la diabetes u otros trastornos de tipo crónico y en técnicas corporales aversivas (con la intención de preparar a un niño para esa situación de manera que aumente su capacidad para afrontarla y al mismo tiempo disminuir el malestar (**PIR 00: 139**), así como en la prevención y promoción de la salud.

## 5.7. TÉCNICAS DE MODELADO

Remito al lector al apartado de terapia y modificación de conducta de adultos. El **modelado** (también denominado: aprendizaje observacional, imitación o aprendizaje vicario) es una técnica basada en el aprendizaje social. El modelo (terapeuta, padres,..) actúa como estímulo para generar conductas, pensamiento o actitudes. De hecho el aprendizaje observacional a partir de modelos está presente en nuestra vida cotidiana, en el desarrollo de muchas de nuestras habilidades adquiridas así como inhibiendo y desinhibiendo otras respuestas.

Existen muchas variantes de modelado en niños con éxito:

- ?? **Modelado pasivo:** En una situación de aprendizaje en la que el niño simplemente observa la conducta del modelo, sin reproducirla durante la sesión (p. ej.: *observación de un vídeo sobre seguridad vial con modelos que pueden ser desde humanos, dibujos animados útiles en niños pequeños ya que les resulta muy fácil identificarse con ellos, muñecos,..*).
- ?? **Modelado activo:** Consiste en una sesión donde el niño observa al modelo y a continuación reproduce la conducta modelada en la misma sesión de entrenamiento. Dentro del modelado activo está el **Modelado participante** en el que el niño observa la demostración del modelo y luego participa guiado por éste cada vez más en la ejecución de la conducta deseada. Resulta el tipo de modelado más eficaz en el tratamiento de fobias infantiles (**PIR 99: 140**) y de conductas compulsivas.
- ?? **Modelado de conductas intermedias:** Se trata de modelar respuestas complejas para el niño, de manera que la conducta final se descompone en conductas intermedias, que se van modelando progresivamente.  
Se utilizan para la adquisición de habilidades complejas, como el lenguaje, en niños con retraso mental y autismo.



- ?? **Modelado positivo, negativo, mixto:** El **modelado positivo** se refiere al modelado que habitualmente se aplica en situación terapéutica, es decir, modelar una conducta apropiada. Pero es cierto, y ocurre especialmente en los pre-adolescentes y adolescentes que aprenden conductas antisociales, delictivas, etc., en la interacción con el grupo de iguales. Esto es el **moldeado negativo**. Finalmente en situaciones clínicas pero también educativas a menudo se utiliza el modelado negativo seguido del modelado positivo. Se trata de mostrar como feedback negativo determinados comportamientos inadecuados y luego un modelo positivo (p. ej.: *cómo resistir a la presencia del grupo para no delinquir, como pedir información, cómo pedir ayuda a un profesor ante dificultades en el estudio,...*).
- ?? **Modelado en grupo:** Se utiliza habitualmente en ambientes educativos en programas de educación de la salud o incluso en problemas crónicos de salud, en que los propios sujetos se convierten en modelos para sus propios compañeros.

## 5.8. TÉCNICAS DE BIOFEEDBACK

Remito al lector al apartado de modificación de adultos pues no existen adaptaciones especiales en el campo de la terapia infantil y no es popular. Las **técnicas de Biofeedback** son un conjunto de procedimientos que ofrecen información sobre funciones fisiológicas de manera inmediata, precisa y directa al sujeto, facilitando así su percepción y poder controlarlas de forma voluntaria. Estas técnicas parten de la base que el feedback (término tomado de la cibernética que significa retroalimentación), entendiéndolo como saber qué efecto específico produce una conducta, de forma inmediata y precisa, facilita que se aprenda a emitirla cuando es oportuno y controlarla.

## 5.9. TÉCNICAS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

**Mahoney y Arknoff** (1978) dividieron las terapias cognitivas en 3 grandes grupos:

- Terapias de reestructuración cognitiva.
- Terapias de habilidades de afrontamiento para manejar situaciones.
- Terapias de solución de problemas.

Nos encontramos casi a diario con problemas, de mayor a menor envergadura, que debemos resolver. Las técnicas de resolución de problemas pretenden enseñar al sujeto un método sistemático, no para eliminar un problema sino para saberlo resolver. Dentro de la resolución de problemas existen 2 modalidades:

- ?? **Terapia de solución de problemas sociales, de D’Zurilla y Golfried** (1978). Sigue las siguientes fases:

- Orientación del problema.
- Formulación y definición del problema.
- Generación de alternativas.
- Toma de decisiones.
- Ejecución y verificación de resultados.

- ?? **Solución de problemas interpersonales de Spicack y Shure** (1974): es interesante ya que tiene un campo específico de aplicación en niños (desde los 4 años), donde ha demostrado ser más eficaz, y adolescentes con problemas de ajuste social, así como en conductas concretas como: impulsividad e inhibición. Los autores parten del hecho que aquellos individuos que posean habilidades cognitivas interpersonales, serán los que presenten mayor ajuste social, independientemente del **CI** y sexo. Es decir lo importante no es qué pensar sino cómo pensar. Estas habilidades cognitivas interpersonales son la solución de problemas, el pensamiento de soluciones alternativas,...El entrenamiento en estas habilidades consta de unas lecciones estructuradas, aplicadas individual o colectivamente, normalmente en la escuela. Se utiliza el juego en niños pequeños y el diálogo en los más mayores.

- ?? **Ciencia personal de Mahoney** (1976): que ha quedado reducida a una formulación, excepto para el tratamiento de la obesidad.



## 5.10. ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES

El entrenamiento en Habilidades Sociales (HHSS) es en la actualidad una técnica muy importante tanto en la modificación de conducta infantil como en adultos por 2 motivos:

- El reconocimiento que existe una estrecha relación entre los déficit de un sujeto en sus relaciones interpersonales y el riesgo de presentar un trastorno psicopatológico.
- Numerosas áreas de aplicación (en el tratamiento de las psicosis infantiles, se han aplicado programas de entrenamiento en HHSS junto con la resolución de problemas, juntamente con el respectivo tratamiento farmacológico y dirigido tanto a los padres como a los propios niños (**PIR 00: 144**), también en casos de fobia social, problemas de comunicación paterno-filiales, anorexia nerviosa, impulsividad,..).

Consiste en un conjunto de técnicas que se aplican con el objetivo de adquirir aquellas habilidades que permiten a un sujeto mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación. Su aplicación en el ámbito infantil, aunque con un lenguaje adaptado y el soporte de dibujos simbólicos (ratón: simboliza el modelo pasivo; un monstruo: simboliza el modelo agresivo y un niño: simboliza el modelo asertivo) es muy similar a la de adultos. Ver apartado la modificación de conducta en adultos.

## 5.11. TÉCNICAS DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Dentro de las terapias racionales de reestructuración cognitiva se incluyen:

- ?? **Terapia racional emotiva de Ellis**
- ?? **Terapia cognitiva de Beck**
- ?? **Entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum.**

Estas técnicas tienen en común el reconocimiento que las personas desarrollan cogniciones desadaptativas que perjudican sobre la conducta y sus emociones. La tarea del terapeuta tiene por objetivo evaluar estos procesos cognitivos desadaptados y enseñar al paciente a modificar dichos patrones, que modificará a su vez su efectividad y su conducta.

Debido a que las terapias racionales y de reestructuración cognitiva se suelen aplicar en la adolescencia, siguen la misma estructura que la de adultos. Remito al lector al apartado de modificación de conducta de adultos para estudiar el tema en mayor profundidad. Sin embargo vamos a destacar en un programa de tratamiento cognitivo dirigido concretamente a la intervención de la depresión en población adolescente que ha ofrecido unos resultados satisfactorios: "Coping With Depression Course for Adolescent-CWD-A", de Clarke, Lewinshon y Rhode (1994) (**PIR 00: 142**).



# TEMA 3. APLICACIONES ESPECÍFICAS EN EL TRATAMIENTO INFANTIL

## 1. TRATAMIENTO DE LA ENURESIS

- 1.1. Método de alarma de Mowrer y Mowrer (1938).
- 1.2. Entrenamiento en retención voluntaria (ERV).
- 1.3. Entrenamiento en cama seca (ECS).

## 2. TRATAMIENTO DE LA ENCOPRESIS.

## 3. TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ.

## 4. TRATAMIENTO DE LOS TICS.

## 5. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DEL SUEÑO.

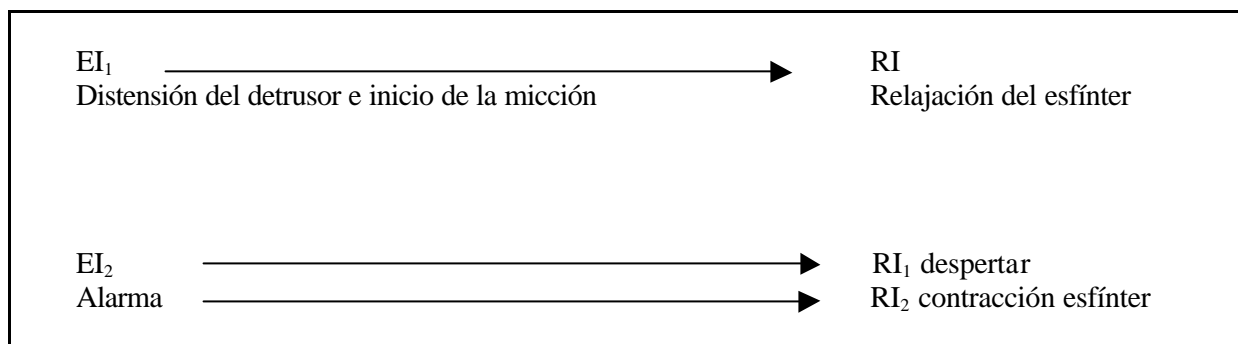
## 6. TRATAMIENTOS EMPIRICAMENTE VÁLIDOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.

## 1. TRATAMIENTO DE LA ENURESIS

Los métodos más utilizados en la terapia de conducta para el tratamiento de la enuresis son:

### 1.1. MÉTODO DE LA ALARMA DE MOWRER Y MOWRER (1938)

Es el método más utilizado en el tratamiento de la enuresis nocturna (**PIR 96: 189**). Actualmente consta de un aparato (alarma/despertador) que va conectado a un cable, en cuyo extremo tiene un sensor, y que se coloca en la ropa interior del niño, cerca de la zona genital por donde micciona. Así se facilita la inmediatez entre humedecer la bragueta/calzoncillo al iniciar la micción y el sonido de la alarma (**PIR 95: 78**). Ésta técnica se desarrollo a partir del paradigma clásico:



La presentación repetida del  $EI_2$  (sonido alarma) justo en  $EI_1$  (inicio de la estimulación producida por la distensión del detrusor) provocará que este  $EI_1$  se convierta en EC, que conlleva el despertar y contraer automáticamente el esfínter, respuestas que se convierten en RC (**PIR 99: 155**). Es decir **el método de la alarma** consigue que el niño con enuresis nocturna aprenda un patrón apropiado de respuesta, que consiste en: inhibir la micción mediante la contracción del esfínter y despertarse cuando su vejiga está llena, que a su vez mediante contracciones reclama su vaciado.

Se suele considerar su éxito cuando se consiguen 14 noches consecutivas sin mojar la cama, y 14 más indicado al niño que ingiera líquido 1 h antes de acostarse (sobreentrenamiento). Se precisa apoyo y colaboración de los padres en tareas de motivación, control y reforzamiento social.



El método de la alarma provoca una serie de cambios fisiológicos:

- a) Mejora del **nivel de arousal** del enurético, facilitando la asociación del despertar con la vejiga llena, cuando antes del tratamiento provocaba el reflejo de micción. La mayoría de los enuréticos aprenden a despertarse ante el deseo de orinar.
- b) Instauración de la **respuesta de inhibición** de la micción mediante la contracción condicionada del esfínter, cuando el esfínter está en tensión. Esto indica que la vejiga almacena mayor volumen de orina, mejorando su tono muscular.

## **1.2. ENTRENAMIENTO EN RETENCIÓN VOLUNTARIA (ERV)**

De **Kimmel y Kimmel** (1970). Desarrollaron un procedimiento con el objetivo que el niño aprendiera a **posponer la micción** durante intervalos temporales progresivamente más largos, concretamente en el momento en que la distensión vesical es lo suficiente intensa para evocar el deseo de orinar, reforzando la inhibición voluntaria (retención) de la orina cuando termina este plazo de tiempo pactado.

Se basa en el condicionamiento operante: consiste en el moldeamiento de la conducta deseada (retención de la orina).

Estudios sobre la efectividad de esta técnica indican que es menos eficaz que el método de la alarma y ésta indicada para el tratamiento de la **enuresis diurna**, juntamente con tratamiento farmacológico, en caso de que no exista ningún problema urológico asociado.

**Procedimiento:** Se aconseja aplicarlo a la vuelta de la escuela. Se instruye el niño para que avise a los padres cuando sienta una necesidad imperiosa de orinar. En ese momento se le anima a retener la orina unos pocos minutos, y una vez transcurridos se le permite ir al baño después de reforzarle. La micción debe ser interrumpida intermitentemente. En cada ensayo se incrementa paulatinamente el tiempo de espera hasta conseguir un máximo de 45 minutos, donde el reforzador es más elevado. A partir de este punto el número de episodios enuréticos disminuye. Se deja beber al niño libremente e incluso se le anima a beber más.

## **1.3. ENTRENAMIENTO EN CAMA SECA (ECS):**

De **Azrin, Sneed y Foxx** (1973). Surgió como alternativa al método de la alarma de Mowrer y para demostrar que la remisión de la enuresis nocturna se podía explicar mejor desde un proceso de condicionamiento operante que clásico. Se aplicó en una población de adultos con retraso mental ingresados y a partir de su efectividad se adaptó para el tratamiento de la enuresis infantil. Los resultados indican que es una técnica más rápida que la alarma, aunque su aplicación no está tan extendida ya que es más engorrosa y requiere la intensa colaboración de los padres y el niño en cuestión.

Se basa en el **paradigma de aprendizaje operante**. Los autores consideran que la enuresis es un problema de aprendizaje, donde intervienen y son tan importantes la estimulación vesical y el grado de control voluntario sobre la orina, como el factor motivacional, las relaciones con los padres, la fuerza de las respuestas alternativas o la facilidad para despertarse. Por ello idearon un programa de tratamiento integrado por varios componentes.

**Procedimiento:** Vamos a exponer la versión original del ECS, aunque actualmente existe una modificación, que simplifica algunos pasos, convirtiéndose en más práctica:

- ✍ 1ª FASE: NOCHE DE ENTRENAMIENTO INTENSIVO: 1 h antes de acostar al niño se le instruye sobre las fases del procedimiento, se realiza 20 ejercicios de **práctica positiva** (ensayos de lo que deberá hacer por la noche) colocándose la **alarma** en la cama y se le hace **ingerir líquido**. Una vez acostado se despierta al niño cada hora, con la mínima ayuda posible, para que acuda al baño. Una vez allí se le pregunta si es capaz de aguantar sin orinar durante 1 hora más. En caso afirmativo se le alaba por su control y vuelve a la cama. En caso negativo se le hace aguantar unos minutos y se le refuerza. Antes de acostarse debe comprobar que la cama está seca y se le refuerza. Se repasan las instrucciones para la próxima hora, ingiere más líquido, se acuesta y se repite sucesivamente a lo largo de la noche. Si se originara sonaría la alarma y después de la reprimenda debería hacer entrenamiento en limpieza (que va a hacer si se orina) y 20 ensayos de práctica positiva.



- ✍ 2ª FASE: SUPERVISIÓN POST-ENTRENAMIENTO: En la 2ª noche antes de que el niño se acueste se coloca la alarma en la cama. Si la noche anterior ha mojado la cama, ensayos de práctica positiva, repaso de instrucciones y motivación para conseguir el objetivo. Se despierta al niño de forma escalonada, es decir, 3 horas después de que se haya acostado (para que vaya a orinar), y después de cada noche seca se adelanta 30' la hora de despertarlo, hasta que ésta coincida con una hora desde que el niño se acostó, momento en que se suspende el despertar escalonado. Si suena la alarma porque el niño se orina, se procede igual que en la anterior fase. Si no moja la cama: reforzamiento positivo intenso (varias veces a lo largo del día).
- ✍ 3ª FASE: RUTINA NORMAL: Una vez superada la anterior, con 7 días de cama seca, se retira la alarma y ya no se despierta al niño. Se supervisa la cama por la mañana. Si está mojada, repetir el mismo procedimiento de siempre, si está seca alabanzas y se continúa la fase hasta 7 noches secas. Si durante este período el niño se orina de nuevo 2 veces en 1 misma semana se reinstala la 2ª fase de nuevo.

## **2. TRATAMIENTO DE LA ENCOPRESIS**

Debido a la importante asociación entre la encopresis y la presencia de estreñimiento la mayor parte de programas de tratamiento se combinan técnicas conductuales con procedimientos médicos. El protocolo de Levine (1976,1982) es un punto de referencia en el tratamiento de la encopresis, donde insiste en un régimen de tratamiento mixto (médico-psicólogo), poniendo especial énfasis en los aspectos educativos (informar de forma clara y asequible al niño y a los padres sobre el mecanismo intestinal, mecanismos que han dado lugar a la encopresis y pautas para solucionarlo).

- ?? **Tratamiento médico: Objetivo:** corregir el estreñimiento y restaurar el tono muscular del recto, facilitando que las defecaciones sean regulares y no dolorosas. **Procedimientos:** Laxantes, enemas y supositorios, junto con normas dietéticas, pautas de defecar en horarios prefijados (después de las comidas).
- ?? **Tratamiento conductual:** Tiene como objetivo principal instaurar hábitos defecatorios adecuados y a eliminar el “ensuciamiento”. Las estrategias más empleadas son: reforzamiento positivo, castigo, reforzamiento negativo, control de estímulos, sobrecorrección y biofeedback que se emplean como paquete terapéutico.



### 3. TRATAMIENTO DE LA TARTAMUDEZ

Resulta un tema complejo debido a la enorme cantidad de teorías y propuestas terapéuticas. Las estrategias más utilizadas, y resumidas en el siguiente cuadro (Santacreu y Fernández (1991)), intentan abordar la multicasualidad de este problema: aspectos psicofisiológicos, psicológicos y sociales.

<i>Teorías</i>	<i>Tipo de tratamiento</i>
Teorías que inciden en el error de retroalimentación ósea-aérea	<p><b>Seguimiento</b> (también llamado ECO. Consiste en ir repitiendo las palabras que dice otra persona que está leyendo un texto).</p> <p><b>Encubrimiento</b> (se somete a ruido blanco mientras habla, disminuyendo el feedback óseo. Deben usarse intensidades de ruido muy elevadas).</p> <p><b>Habla rítmica</b> (Introducción de un ritmo. El uso del habla silábica ha tenido buenos resultados y se puede combinar con una economía de fichas), silabeo o metrónomo.</p> <p><b>Retroalimentación auditiva demorada (RAD)</b> (RAD como reforzador negativo. Cuando es contigente al tartamudeo éste disminuye, pero también cuando se da contingentemente al habla fluida, pues fuerza un patrón de habla especial caracterizado por el alargamiento de los fonemas del habla).</p>
Tartamudo como respuesta aprendida	<p>Reforzamiento positivo a respuestas alternativas a la tartamudez</p> <p>Extinción</p> <p>RAD como castigo al tartamudeo</p> <p>Castigo (dispensador de shocks)</p> <p>Tiempo fuera (Cuando el sujeto tartamudea se enciende una luz roja durante 10'' tiempo durante el cual no puede hablar. Este tiempo fuera es una consecuencia aversiva).</p> <p>Contracondicionamiento (a través del tartamudeo se obtienen consecuencias positivas que aumentan su frecuencia. Por ello se trataría de recompensar respuestas alternativas a la tartamudez, como: hacer pausas, habla lenta,...).</p> <p>Autocontrol del número de errores.</p> <p>Reacción de competencia (Azrin y Nunn, 1973) (Consiste en aprender una respuesta incompatible con el tartamudeo: dejar de hablar sin terminar la palabra y unos segundos después terminar la palabra problemática y seguir hablando con normalidad) (<b>PIR 95: 106</b>)</p>
Teorías en base a la reducción de la ansiedad	<p>Desensibilización Sistemática</p> <p>Condicionamiento encubierto</p> <p>Entrenamiento en HHSS</p> <p>Feedback EMG y respiración</p>
El patrón de habla tartamudo como responsable de los errores de dicción	<p><b>Habla rítmica:</b> metrónomo, silabeo</p> <p>La RAD como sistema para entelecer y cambiar el patrón de habla</p> <p>Patrón de habla alternativo, de tono y ritmo específicos</p>

### 4. TRATAMIENTO DE LOS TICS

El tratamiento de los tics así como otros hábitos nerviosos (onicofagia, halopecia, bruxismo, chuparse el dedo, morderse el labio o el interior de la mejilla, tartamudear, mover la pierna cruzada o el pie de la pierna cruzada,...) se realiza mediante la **inversión o reversión del hábito** de Azrin y Nunn (1973, 1987; Azrin y Peterson, 1988) (**PIR 00: 143**), ya que es el procedimiento psicológico que ha demostrado mayor eficacia (**PIR 96: 188**). Incluye un número elevado de componentes:

- **Autorregistro:** Antes de comenzar el tratamiento, como línea base y durante y después del entrenamiento.
- **Análisis detallado de los inconvenientes de los tics:** Con el fin de aumentar la motivación.
- **Descripción y detección de los tics**
- **Identificación de sensaciones asociadas con los tics:** Sensaciones inmediatas que preceden a los tics.



- **Identificación de situaciones que afectan a la ocurrencia de los tics:** Identificar situaciones, actividades, y personas que favorecen la ocurrencia de los tics, con el fin de practicar reacciones incompatibles adecuadas.
- **Relajación:** Ya que el nerviosismo induce o agrava los tics.
- **Aprendizaje de reacciones incompatibles**
- **Ensayo del control de tics:** Imaginarse en situaciones facilitadoras de los tics, que se siente el impulso de emitir el tic y practicar brevemente una reacción incompatible.
- **Apoyo social:** Reforzamiento social por parte del entorno y en niños poco motivados otros incentivos
- **Exhibición de la mejora:** Generalizar su control sobre los tics en situaciones, actividades o personas que antes evitaba.

## **5. TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNO DEL SUEÑO**

La farmacología ha sido pionera en el tratamiento de los trastornos del sueño, aunque ha resultado menos eficaz en el campo infantil. Las técnicas de modificación de conducta están mostrando una gran eficacia en el tratamiento de los trastornos del sueño, incluso en niños pequeños.

Uno de los principales ámbitos de aplicación es en las **parasomnias** (pesadillas, terrores nocturnos), donde se utilizan técnicas ya comentadas por otros puntos como: Desensibilización Sistemática o alguna de sus variantes.

En el caso de las **disomnias** (insomnio, narcolepsia, apneas) se suele emplear técnicas como:

- a) **Relajación progresiva, respiración abdominal y biofeedback.**
- b) **Intervenciones de tipo cognitivo:** Con el objetivo de evitar el efecto negativo y la interferencia de pensamientos negativos, mediante: reestructuración cognitiva, desarrollo de imágenes agradables, intención paradójica (que el niño intente permanecer despierto tanto tiempo como pueda).

En el tratamiento del **somniloquio y el jactatio capitis** suele realizarse con técnicas aversivas (aparición de un sonido desagradable ante la conducta de hablar o de los movimientos rítmicos).

Pero además de estas técnicas mencionadas es fundamental unas **pautas higiénicas del sueño** como:

- Factores ambientales adecuados (temperatura templada, oscuridad a luz tenue, escasez de ruidos, cama confortable).
- Preservar el dormitorio como un entorno discriminativo (evitar televisión, comer, leer, acostarse en la habitación de los padres,...).
- Mediante el control de estímulos, evitar bebidas excitantes o cenas copiosas, creación de rutinas positivas condicionadas al dormir (**PIR 00: 149**).
- No reforzar conductas de evitación del niño.
- Preservar un horario de dormir (especialmente importante en el caso de los adolescentes).

## **6. TRATAMIENTOS EMPIRICAMENTE VALIDADOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES**

La terapia y modificación de conducta destaca, entre otras razones, por su carácter empírico. Esta perspectiva científica facilita el estudio y replicación de las técnicas empleadas en la modificación de conducta, determinando cuál de ellas resulta más eficaz en determinadas patologías y en qué número de sesiones. EE.UU es el país que, debido a su sistema sanitario privado, ha manifestado mayor dedicación por el estudio y validación empírica de los tratamientos psicológicos, dentro de la línea de la modificación de conducta. Los resultados son los siguientes:



<b>Trastorno</b>	<b>Tratamiento</b>
Trastorno hiperactividad por déficit atención	Entrenamiento conductual para padres Modificación conductual en clase
Trastorno de conducta (trastorno oposición desafiante)	Terapia cognitivo-conductual Habilidades de resolución de problemas Terapia funcional familiar Entrenamiento para padres basado en vivir con los niños y adolescentes* Entrenamiento de modelado (vídeo) para padres
Distres debido a procedimientos médicos (principalmente para cáncer)	Terapia cognitivo-conductual
Encopresis	Modificación de conducta
Enuresis	Modificación de conducta*
Fobias	Modelado en vivo Modelado participante Exposición rápida (fobia escolar) Práctica reforzada
Trastornos psicofisiológicos	Terapia familiar
Trastornos del desarrollo	Manejo de contingencias
Cefaleas recurrentes	Relajación/ auto-hipnosis

NOTA: \*=Programas de probada eficacia en el estudio de 1998 (Chambless y Cols)

Fuente: Chambless y Ollendick, 2000



PIR 2002

**92.¿Qué tratamiento NO se utiliza en la enuresis?:**

- 1) Fármacos.
- 2) Expansión vesical.
- 3) Entrenamiento en cama seca.
- 4) Entrenamiento con alarma.
- 5) Entrenamiento en habilidades sociales.

**237.Si queremos que un niño hable menos en el aula y para ello decidimos reforzarle cuando su respuesta de hablar aparece con una frecuencia baja, concretamente cuando sólo lo hace diez veces durante una clase, le estamos aplicando la técnica de:**

- 1) Refuerzo diferencial de respuesta cero.
- 2) Refuerzo diferencial de respuestas incompatibles.
- 3) Refuerzo diferencial de tasas bajas de respuesta limitada.
- 4) Refuerzo diferencial de tasas bajas de respuesta espaciada.
- 5) Refuerzo negativo.

**239.Como consecuencia de haber contestado mal a su madre, Carlos no podrá hoy salir a la calle con sus amigos. Estamos ante un ejemplo de aplicación de:**

- 1) Coste de respuesta.
- 2) Castigo.
- 3) Tiempo fuera.
- 4) Refuerzo negativo.
- 5) Condicionamiento de escape.

**258.Si a un niño le reforzamos cuando emite determinada conducta siempre y cuando hayan transcurrido 2 horas desde la última vez que obtuvo el refuerzo, estamos aplicando un programa de reforzamiento:**

- 1) De intervalo fijo.
- 2) De intervalo variable.

- 3) De razón fija.
- 4) De razón variable.
- 5) De duración variable.

PIR 2001

**128.Si reforzamos a un chico al final de la clase en el caso de que haya intervenido siempre y cuando no haya excedido la cantidad de cuatro intervenciones, estamos aplicando la técnica de:**

- 1) Reforzamiento diferencial de tasas bajas de respuesta limitada.
- 2) Reforzamiento diferencial de tasas bajas de respuesta espaciada.
- 3) Reforzamiento diferencial de respuesta cero.
- 4) Reforzamiento diferencial de respuestas incompatibles.
- 5) Reforzamiento diferencial de otras conductas.

**203.¿Cuál de las siguientes condiciones desaconsejarías a un profesor para la aplicación del tiempo fuera de su aula?:**

- 1) Eliminar todos los reforzadores que sustentan la conducta indeseable.
- 2) Evitar el tiempo fuera de una situación aversiva.
- 3) Que la duración del tiempo fuera sea aproximadamente de 5 minutos por año de edad del niño.
- 4) Evitar las oportunidades para la autoestimulación.
- 5) Uso inicial con toda la consistencia posible.

PIR 2000

**139.En los tratamientos médicos de trastornos crónicos y/o en tratamientos con técnicas corporales aversivas, en la infancia es recomendable:**

- 1) No decirle nada acerca del proceso, con el fin de que no genere miedos.

- 2) Realizar el tratamiento sin la presencia de padres o cuidadores, con el fin de que no entorpezcan la labor médica.
- 3) Prepararle para esa situación de manera que aumente su capacidad de afrontar la situación y disminuir el malestar.
- 4) Informarle de los procedimientos que se van a seguir.
- 5) Enseñarle a tener pensamientos positivos.

**140.En los tratamientos psicológicos en la infancia es muy importante:**

- 1) Modificar las actitudes de los hermanos, con el fin de disminuir los problemas por rivalidad fraterna, que siempre existen.
- 2) Implicar a los padres e intentar modificar sus actitudes y percepciones acerca del problema de su hijo/a.
- 3) Aplicar siempre programas de modificación de conducta.
- 4) Excluir a la familia del proceso terapéutico, con el fin de que no se contamine la intervención.
- 5) Que los padres sigan siempre un tratamiento psicológico.

**141.El entrenamiento en autoinstrucciones es una técnica cognitivo-conductual que se emplea preferentemente en trastornos infantiles:**

- 1) Por déficit de atención o hiperactividad.
- 2) Depresivos para tratar la disforia.
- 3) Ansiosos para tratar la tensión.
- 4) Psicossomático, para autoevaluar sensaciones internas.
- 5) Problemas de pensamiento, para modificar las sensaciones de despersonalización.



**142.El programa de tratamiento cognitivo de la depresión en los adolescentes de Clark y Lewinshon: Sobre todo en terapia conjunta de adolescentes y padres.**

- 1) En los tratamientos individuales.
- 2) En los tratamientos combinados de terapia psicológica y farmacológica.
- 3) En tratamientos combinados de terapias cognitivo-conductuales.
- 4) En tratamiento de terapia cognitiva mas entrenamiento en relajación.

**143.¿En qué tipo de alteración infantil se emplea la técnica de la reversión del hábito?:**

- 1) Hiperactividad, y el autor que la propone es Barkley.
- 2) Depresión y es propuesta por Kazdin.
- 3) Tics y es propuesta por Azrin y Nunn.
- 4) Retraso mental y es propuesta por Meichembaum.
- 5) Onicofagia y es propuesta por Goldstein.

**144.En el tratamiento de las psicosis infantiles se recomienda introducir, complementando a la intervención farmacológica:**

- 1) Técnicas autoinstruccionales.
- 2) Programas de habilidades sociales y resolución de problemas, tanto para el/la menor, como para su familia.
- 3) Programas de relajación y autoconcentración.
- 4) Técnicas de desensibilización sistemática.
- 5) Técnicas de tiempo fuera y entrenamiento físico.

**145.En el tratamiento de los trastornos infantiles es importante:**

- 1) La desaprobación de la conducta perturbadora o desadaptativa.
- 2) Centrarnos única y exclusivamente en los síntomas del trastorno que presenta el menor.
- 3) Adecuar nuestro lenguaje, verbal y no verbal, a la edad del niño o niña.

- 4) Separarle de sus padres para una evaluación más fiable.
- 5) Tener en cuenta exclusivamente la información aportada por los padres.

**146.En la elección de tratamiento en la infancia y adolescencia, se puede optar por la intervención en grupo en vez de la psicoterapia individual, ya que:**

- 1) Es más económico, al permitir tratar a más jóvenes a la vez.
- 2) La intervención es más eficaz, siempre que en el grupo se incluya a padres.
- 3) Los menores pueden hablar libremente de sus problemas.
- 4) Ofrece experiencias de socialización y resulta más atractivo y menos amenazador para los jóvenes.
- 5) Resulta igualmente eficaz en cualquier trastorno.

**148.Entre las técnicas conductuales empleadas en el tratamiento de los tics nerviosos la infancia se encuentran:**

- 1) El control estimular.
- 2) La práctica masiva.
- 3) La Desensibilización sistemática.
- 4) El modelado.
- 5) El entrenamiento en habilidades sociales.

**149.En el tratamiento conductual del insomnio y de las rabietas a la hora de dormir en la infancia, se aplica con éxito:**

- 1) Favorecer la relajación del niño/a.
- 2) Lograr rutinas positivas antes de ir a la cama.
- 3) Evitar los temores infantiles a la hora de dormir.
- 4) Condicionar el inicio del sueño a un horario fijo.
- 5) Instruir al menor respecto a los mecanismos del sueño.

**150.Uno de los objetivos a conseguir en el tratamiento del comportamiento agresivo de los menores es:**

- 1) La canalización adecuada de la agresión.
- 2) Conseguir que el menor se comporte de manera más sumisa.
- 3) La adquisición de conductas alternativas a la agresión.
- 4) Castigar la conducta agresiva.
- 5) Que se controle la irritabilidad.

**152.Cuando uno de los objetivos terapéuticos en los tratamientos infantiles es la adquisición de nuevas conductas adaptativas, se aplica la técnica de:**

- 1) Extinción.
- 2) Tiempo fuera.
- 3) Exposición.
- 4) Práctica reforzada.
- 5) Escenificaciones emotivas.

**PIR 1999**

**140.En la aplicación de técnicas de modelado en el tratamiento de fobias infantiles se ha comprobado que la más eficaz es el modelado:**

- 1) Social.
- 2) Participante.
- 3) Filmado.
- 4) En vivo.
- 5) Virtual.

**144.La técnica de “inversión del hábito” fue desarrollada en 1973 para la intervención en:**

- 1) Tabaquismo.
- 2) Desviaciones sexuales.
- 3) Rituales compulsivos.
- 4) Alcoholismo.
- 5) Tics.



**153. Entre los procedimientos terapéuticos que incorporan la exposición graduada en el manejo de la ansiedad infantil, se encuentran:**

- 1) Las imágenes agradables y la práctica reforzada.
- 2) La imaginación emotiva y la práctica reforzada.
- 3) La prevención de respuesta y el manejo de contingencias.
- 4) El manejo de contingencias y las escenificaciones emotivas.
- 5) La inundación y la prevención de respuesta.

**154. Desde que se cayó, Ana (5 años) tiene mucho miedo a bajar las escaleras sola. Para que se le quite, la madre le anima a bajar poco a poco, primero dos escalones, después de realizar este paso varias veces, debe bajar tres, luego cuatro, aumentando progresivamente el número de escalones hasta completar la serie. Cada vez que la niña realiza correctamente el paso propuesto, recibe una pastilla de chocolate. ¿Qué técnica está utilizando la madre?:**

- 1) Desensibilización sistemática en vivo.
- 2) Práctica reforzada.
- 3) Manejo de contingencias.
- 4) Inhibición de la respuesta de ansiedad.
- 5) Convencimiento reforzado.

**155. Al explicar cómo funciona el método de la alarma (Mowrer) durante el proceso de condicionamiento, el terapeuta dice a los padres de un niño enurético que:**

- 1) El sonido de la alarma funciona como un EC (estímulo condicionado) que es asociado a la tensión del detrusor (estímulo incondicionado, EI).
- 2) La alarma (EI) genera dos respuestas condicionadas: contraer el esfínter y despertar.
- 3) La tensión del detrusor (EI) se asocia al sonido de la alarma (EI).
- 4) La tensión del detrusor (EC) provoca dos respuestas condicionadas: relajar el esfínter y orinar.

- 5) Se desconoce cómo funcionan los distintos elementos de este método en el curso del condicionamiento

**157. Si un terapeuta de conducta decidiera emplear la relajación progresiva con un niño menor de 8 años, tendría que tener en cuenta, por lo menos, las siguientes pautas:**

- 1) Realizar una sesión en días alternos de una duración aproximada de 30 minutos y proporcionar instrucciones breves.
- 2) Atender a grandes grupos de músculos (brazos, piernas, tórax) y realizar sesiones cortas (no más de 15 minutos), pero diarias.
- 3) Realizar sólo una sesión semanal amplia (de unos 30-45 minutos), emplear técnicas de modelado y el contacto físico con el adulto.
- 4) Emplear el mismo método que en los sujetos adultos, pero haciendo hincapié en los ejercicios de respiración.
- 5) En realidad, no debería utilizar la relajación progresiva hasta que el niño haya cumplido los 10 años.

**159. A un niño con un fuerte temor a permanecer solo en casa, el terapeuta le entrena en una sesión diciéndole: “cierra los ojos e imagina que estás solo en tu cuarto, tus padres han salido un momento a hacer unas compras, no sabes qué hacer y aprovechas para poner tu música favorita muy alta lo que hace que te sientas muy contento e independiente; si sientes algo de ansiedad, levanta la mano derecha”. El terapeuta utiliza:**

- 1) Exposición prolongada en imaginación para conseguir que el niño se habitúe a la situación temida.
- 2) Imágenes emotivas como respuesta inhibitoria de la ansiedad.
- 1) Reforzamiento positivo en imaginación: la música refuerza la conducta de permanecer solo.
- 2) Desensibilización sistemática tradicional.
- 3) Práctica reforzada imaginaria.

**PIR 1998**

**199. Cuando se utiliza el tiempo fuera con niños su duración debe ser:**

- 1) Muy breve (inferior a 1 minuto) para evitar la aparición de efectos negativos.
- 2) Moderada (no más de 1 minuto por cada año de edad del niño).
- 3) Siempre superior a 15 minutos para conseguir buenos niveles de eficacia.
- 4) Lo suficientemente larga para extinguir la conducta inadecuada.
- 5) Equivalente al tiempo de refuerzo obtenido en su ambiente (tiempo dentro).

**206. Hay que eliminar la conducta de encender cerillas de un niño de 6 años. Para el desarrollo de conductas alternativas a la de encender cerillas, en especial en los primeros momentos, será útil ayudarse de técnicas como:**

- 1) Reforzamiento negativo.
- 2) Saciación.
- 3) Extinción.
- 4) Retirada de atención.
- 5) Tiempo fuera de reforzamiento.



**209. Se está diseñando un contrato conductual para controlar la conducta de estudio de un niño de 8 años. Para diseñarlo adecuadamente hay que tener en cuenta que:**

- 1) La entrega de premios por las conductas adecuadas debe realizarse, al menos al comienzo de la aplicación del contrato, de forma rápida tras la emisión de éstas.
- 2) Sólo el psicólogo debe saber cómo se medirán las conductas incluidas en el contrato para que el niño no pueda establecer sesgos en su conducta de estudio.
- 3) No deben incluirse contingencias negativas o aversivas para no desmotivar al niño.
- 4) Es importante que los padres no puedan presionar al niño para que emita la conducta de estudio.
- 5) Al comienzo del contrato conviene ser exigente con el número de conductas que debe emitir el niño para obtener premios.

**PIR 1997**

**183. Cuáles son las dos modalidades de aplicación de la técnica de sobrecorrección?**

- 1) Saciación y práctica positiva.
- 2) Tiempo fuera y restitución.
- 3) Tiempo fuera y saciación.
- 4) Restitución y práctica positiva.
- 5) Saciación y castigo negativo.

**202. ¿A qué cuadro clínico infantil se ha aplicado fundamentalmente el entrenamiento en autoinstrucciones?:**

- 1) La tartamudez.
- 2) La depresión.
- 3) La ansiedad de separación.
- 4) La hiperactividad.
- 5) La fobia escolar

**PIR 1996**

**188. ¿Cuál es el tratamiento de los tics “no combinado” que logra mejores resultados?:**

- 1) El farmacológico.
- 2) La relajación.
- 3) La biorretroalimentación.
- 4) La inversión del hábito.
- 5) La implosión.

**189. De entre los propuestos, el tratamiento más utilizado para la enuresis es:**

- 1) El sistema de alarma.
- 2) El tratamiento farmacológico.
- 3) La relajación.
- 4) La musicoterapia.
- 5) La expansión vesical.

**PIR 1995**

**78. ¿En qué consiste el método de la “alarma” que se utiliza en el tratamiento de la enuresis?:**

- 1) El sonido del timbre despierta al niño cuando empieza la micción involuntaria.
- 2) El niño sufre una descarga eléctrica no peligrosa cuando empieza la micción involuntaria.
- 3) La alarma despierta a los padres cuando empieza la micción involuntaria del niño.
- 4) Mientras suena el timbre debido a la micción involuntaria, el niño recibe una descarga eléctrica de baja intensidad.
- 5) La alarma actúa como discriminativo de castigo en el caso de una micción involuntaria.

**79. Desde la terapia de conducta, ¿cuál de los siguientes tratamientos es el más adecuado para hacer frente a la hiperactividad infantil?:**

- 1) Castigo positivo.
- 2) Reforzamiento negativo.
- 3) Extinción.
- 4) Sensibilización encubierta.
- 5) Entrenamiento en autoinstrucciones.

**106. ¿Cuál es el procedimiento diseñado por Azrin y Nunn (1973) para tratar los hábitos nerviosos (tartamudez, tics, etc.)?:**

- 1) El modelado encubierto.
- 2) El “biofeedback” electrodermal.
- 3) El costo de respuesta.
- 4) La reacción de competencia.
- 5) El encadenamiento.

**110. ¿Cuál es el procedimiento diseñado por Azrin y Nunn (1973) para tratar los hábitos nerviosos (tartamudez, tics, etc.)?:**

- 1) El modelado encubierto.
- 2) El “biofeedback” electrodermal.
- 3) El costo de respuesta.
- 4) La reacción de competencia.
- 5) El encadenamiento.

**112. ¿Qué se debe hacer si, durante la aplicación de una Desensibilización Sistemática imaginaria, el paciente señala que el ítem que está imaginando (ítem 6) le produce ansiedad?:**

- 1) Pasar al siguiente ítem de la Jerarquía (ítem 7).
- 2) Hacer que deje de imaginar inmediatamente el ítem y vuelva a relajarse.
- 3) Mantener el ítem unos segundos más (5-10) para ver si se habitúa el sujeto.
- 4) Mantener el ítem un período de tiempo relativamente largo (60 segs.) para conseguir mejor esa habituación.
- 5) Volver al ítem anterior de la Jerarquía (ítem 5).



## **BIBLIOGRAFÍA**

- ☞☞ Méndez, F. X., y Antón, M., (1991). **Modificación de conducta con niños y adolescentes**. Ed. Pirámide. Madrid.
- ☞☞ Vallejo Pareja, M. A., (1998). **Manual de terapia de conducta**. II volúmenes. Ed. Dykinson. Madrid.
- ☞☞ Olivares, J., y Méndez, F. X (1998) **Técnicas de modificación de conducta**. Ed. Biblioteca nueva. Madrid.



## ÍNDICE

<b>Tema 1:</b> <i>Datos históricos de la evaluación conductual de niños y adolescentes.</i>	1
1. Etapa de gestación.	1
2. Etapa de constitución.	1
3. Etapa de consolidación.	2
<b>Tema 2:</b> <i>Técnicas y características de modificación de conducta.</i>	3
1. Introducción.	3
2. Enfoques teóricos actuales.	4
3. Características específicas de la modificación de conducta en niños y adolescentes.	6
4. Perspectivas futuras.	6
5. Técnicas de la terapia y modificación de la conducta.	7
<b>Tema 3:</b> <i>Aplicaciones específicas en el tratamiento infantil.</i>	19
1. Tratamiento de la enuresis.	19
2. Tratamiento de la encopresis.	21
3. Tratamiento de la tartamudez.	22
4. Tratamiento de los tics.	22
5. Tratamiento de los trastornos del sueño.	23
6. Tratamiento empíricamente válidos para niños y adolescentes.	23
<b>Preguntas Pir otras convocatorias</b>	25

