María Xesús Froján Parga
José Santacreu Mas

Qué es un tratamiento psicológico

UNAM
755110
BIBLIOTECA CENTRAL

BIBLIOTECA NUEVA

María Xesús Froján Parga
José Santacreu Mas

QUÉ ES
UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO

BIBLIOTECA NUEVA

Cubierta: A. Imbert

© María Xesús Froján Parga y José Santacreu Mas, 1999
© Editorial Biblioteca Nueva, S. L., Madrid, 1999
Almagro, 38
28010 Madrid

ISBN: 84-7030-652-9
Depósito Legal: M-9.601-1999

Impreso en Rógar, S. A.
Impreso en España - *Printed in Spain*

Ninguna parte de esta publicación, incluido diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida en manera alguna, ni por ningún medio, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o de fotocopia, sin permiso previo del editor.

Índice

PRESENTACIÓN, Roberto Colom 9

CAPÍTULO PRIMERO.—LA PSICOLOGÍA Y SU APLICACIÓN A LA RESOLUCIÓN DE LOS PROBLEMAS DE LAS PERSONAS 13

Lecturas recomendadas 29

CAPÍTULO II.—¿CÓMO SE DEFINE UN PROBLEMA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA? 31

¿Qué es un problema clínico? 31
Por qué preferimos el término cliente 33
¿Cuándo se puede calificar un comportamiento como «inadecuado»? 40
El modelo biomédico aplicado a la psicología 43

Lecturas recomendadas 57

CAPÍTULO III.—COMPORTAMIENTO Y APRENDIZAJE 59

El aprendizaje preasociativo 63
Los aprendizajes asociativos 64
El aprendizaje por modelos 74
El aprendizaje simbólico 77

Lecturas recomendadas 82

CAPÍTULO IV.—LA INTERVENCIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA: LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL Y EL ANÁLISIS FUNCIONAL 83

La modificación de conducta 85
¿Cómo se desarrolla un proceso de intervención clínica? 88

La identificación y evaluación de los comportamientos problemáticos y el establecimiento de la línea base 96
Lecturas recomendadas 124

CAPÍTULO V.—LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO. TÉCNICAS PSICOLÓGICAS DE CAMBIO DEL COMPORTAMIENTO 125
La realización del análisis funcional y el establecimiento de los objetivos que se quieren lograr con la intervención 125
El diseño del plan de tratamiento para alcanzar los objetivos terapéuticos 140
La aplicación del tratamiento y la valoración de los resultados obtenidos 145
La comprobación del mantenimiento de los resultados durante un período de seguimiento 154
Lecturas recomendadas 157

CAPÍTULO VI.—LA INTERVENCIÓN CLÍNICA ILUSTRADA CON DOS CASOS PRÁCTICOS 159
El caso de Óscar, un niño que se hacía pis en la cama 160
Primera sesión 161
Segunda sesión 164
Tercera sesión 168
Cuarta sesión 169
Quinta sesión 172
Sexta sesión 174
Séptima sesión 175
Octava sesión 176
El caso de Elena, la joven deprimida 177
Primera sesión 177
Segunda sesión 180
Tercera sesión 187
Cuarta y quinta sesiones 191
Sexta sesión 192
Séptima sesión 194
Sesiones octava a décima 197
Undécima sesión 198
Conclusiones 198
Lecturas recomendadas 201

GLOSARIO 203

Presentación

Con frecuencia nos planteamos preguntas relacionadas con cuestiones de carácter psicológico. El intento de responderlas suele llevarnos a la lectura de libros de diversa naturaleza y enfoque. Desde hace tiempo, los psicólogos académicos y profesionales se han quejado de esa situación, pero generalmente no han sido demasiado asertivos de puertas afuera.

Editorial Biblioteca Nueva se ha propuesto editar una colección de Psicología que pueda responder a esas preguntas que a todos nos interesan, y que lo haga con el rigor que debería ser exigido en este tipo de publicaciones.

Para ello se ha elegido una serie de temas de indudable interés y atractivo, pidiendo la participación de psicólogos expertos que han profundizado en la investigación y las aplicaciones prácticas de cada uno de esos temas. La consigna general con la que han elaborado las obras ha sido desarrollar una divulgación con garantías de alta calidad.

La colección *Qué es...* pretende, por tanto, hacer confluir el rigor propio del profesional experto, con la claridad y la sencillez en la exposición, de modo que se facilite la comprensión a cualquier lector interesado.

ROBERTO COLOM
Facultad de Psicología (UAM)

A todas las personas
de las que hemos aprendido

CAPÍTULO PRIMERO

La psicología y su aplicación a la resolución de los problemas de las personas

A lo largo de este libro vamos a intentar alcanzar un objetivo cuya consecución no es fácil ni para los propios psicólogos: definir de forma clara y comprensible para los lectores qué se entiende por tratamiento psicológico. A primera vista, la respuesta a nuestra pregunta puede aparentar no tener dificultad; sin embargo, un análisis más exhaustivo de la cuestión revela que ésta no es tan sencilla como en principio parece.

Podríamos decir que un tratamiento psicológico es una intervención o un proceso para resolver un problema de una persona. Y desde luego esto es así, pero cabe plantearse: ¿cualquier tipo de problema? La respuesta es evidente: no cualquier problema; si una persona tiene un problema económico y tiene necesidad de dinero, podría recurrir a amigos, a familiares o, en última instancia, a un banco. Un banco le puede prestar dinero a un determinado tipo de interés y él puede hacer, por lo tanto, la inversión o el gasto que necesita, con la condición naturalmente, de que se comprometa a pagar, no solamente el capital, sino también los intereses. Esta persona tiene un problema y acude a otra persona o grupo de personas para solicitar ayuda; sin embargo todos estaremos de

acuerdo en que no es el tipo de problema que se resuelva con un tratamiento psicológico. En el mismo sentido, si se nos estropea el coche, el grifo de la cocina pierde agua o el ascensor no funciona, tendríamos también problemas pero no acudiríamos al psicólogo para que los resolviese, sino que llamaríamos al mecánico, al fontanero o a la empresa de mantenimiento, respectivamente, para que los solucionase.

Entonces, ¿cuándo iríamos al psicólogo? Otra respuesta aparentemente sencilla sería la siguiente: cuando nuestro problema fuese psicológico. Pero esta respuesta nos obliga de forma inmediata a definir el nuevo término que acabamos de introducir: «psicológico». Y en vez de aclarar las cosas las vamos complicando más y más. Porque definir qué es lo psicológico es una tarea de la cual la psicología como ciencia se ha ocupado desde su nacimiento (hace poco más de un siglo) y se sigue ocupando todavía, sin que haya una posición unánime al respecto. ¿Qué parte del individuo, del ser humano, es psicológico y qué parte no lo es? ¿Todo lo que hace una persona es psicológico? ¿Es posible diferenciar una parte biológica, orgánica y una parte psicológica, mental en el ser humano? Evidentemente esto es muy difícil, puesto que el comportamiento del ser humano es una interrelación entre las distintas partes que lo conforman, de modo que cuando pensamos estamos realizando una actividad cognitiva, mental que está acompañada de una actividad neuronal, con un claro sustrato orgánico; igualmente, cuando estamos nerviosos, sentimos angustia, miedo, como queramos llamarlo, pero también nos palpita el corazón con más intensidad, respiramos de forma entrecortada y nuestros músculos están más tensos. No es posible, ni en estos dos ejemplos ni en cualquier otro que se nos ocurra, diferenciar dónde termina lo psicológico y dónde empieza lo biológico, o viceversa.

Llegados a este punto, podríamos seguir planteándonos más preguntas que a su vez nos sugerirían otras preguntas y terminaríamos este libro sin conseguir nuestro objetivo. Por ello, vamos a detener esta cadena de dudas y vamos a reflexionar, en un intento de conseguir definir los puntos clave que nos permitirán aclarar, en alguna

medida, la pregunta que nos planteábamos inicialmente, ¿qué es un tratamiento psicológico?, y la respuesta que nos surgía de forma casi inmediata: una intervención para resolver un problema (psicológico, matizábamos) de una persona. Y una forma de hacerlo es analizando los distintos términos que engloba dicha definición: psicológico, problema e intervención.

¿Qué es la psicología? Una de las definiciones más aceptadas en la actualidad es la que identifica psicología con el estudio científico del comportamiento humano, entendiendo por comportamiento no lo que una persona hace, sino la relación de lo que hace con la situación estimular en la que se produce tal comportamiento. Así como la Fisiología estudia, entre otras cosas, la actividad de un órgano (por ejemplo, el cerebro) o un sistema (por ejemplo, el digestivo) y analiza cómo éstos responden en un momento determinado o a lo largo del tiempo (de forma unidireccional), la psicología está interesada en el comportamiento como interacción y no únicamente como actividad; es decir, está interesada en cómo el individuo se comporta en su medio o situación estimular y cómo dicha interacción determina las respuestas futuras de dicho individuo en situaciones estimulares similares. Antes de continuar, vamos a aclarar brevemente a qué nos estamos refiriendo cuando hablamos del medio o situación estimular. Entendemos por medio todo aquello que rodea a un individuo, que configura el marco, el escenario en el cual el individuo se desenvuelve. A veces también lo denominamos ambiente, o contexto o situación estimular; este medio está formado por muchos elementos y, de entre todos ellos, denominamos estímulos a aquellos elementos que son capaces de elicitar, de provocar una respuesta. Pero no nos estamos refiriendo únicamente a los aspectos externos, a lo que está *fuera de la piel* de la persona, entendiendo la piel como la barrera que separa al individuo del resto del mundo. Cuando hablamos de medio, así en general, sin precisar si medio interno o externo, nos estamos refiriendo a ambos, y cuando señalamos algún estímulo de ese medio, también incluimos los internos tanto como los externos. Aunque en el Capítulo IV profundizaremos más en este tema, con-

sideramos necesario aclarar aquí que la conducta de un individuo puede desencadenarse a partir de un estímulo externo o de uno interno: por ejemplo, puedo descolgar el teléfono porque está sonando (estímulo externo) o porque recuerdo que quedé en llamar a Marta (estímulo interno). O también me puedo poner a llorar desconsoladamente porque estoy viendo cómo en *Los puentes de Madison,* Clint Eastwood se aleja definitivamente de Meryl Streep (estímulo externo) o porque me duele terriblemente el estómago y no aguanto el dolor (estímulo interno).

No es fácil diferenciar qué parte de la actividad del individuo es comportamiento psicológico (y por tanto objeto de estudio de la psicología) y qué parte no lo es (y es biológico, y su estudio correspondería a la Biología o a la Medicina; o es social, y sería competencia de la Sociología). Las personas respiran, mueven las piernas, les late el corazón, forman parte de grupos que a su vez se relacionan con otros grupos, comparten una lengua, una historia o una cultura, viven en la ciudad o en el campo, tienen una actividad hepática y cerebral, piensan, escriben libros..., y así podríamos citar miles de actividades propias (y en algunos casos exclusivas) del ser humano. Y en todas éstas, ¿qué es lo psicológico?

Los seres vivos, no sólo el ser humano, están organizados por niveles, desde los más elementales a los más complejos. A su vez, los seres que están más abajo en la escala evolutiva, poseen niveles más elementales de funcionamiento, no sólo en cuanto a su estructura sino a las modificaciones que pueden experimentar a lo largo del tiempo. Un mejillón es un organismo estructuralmente mucho más simple que una paloma, y ésta, a su vez, es más simple que un ser humano; por otra parte, los niveles de funcionamiento de un mejillón son más sencillos que los de la paloma, siendo los del hombre mucho más complejos. Esta mayor complejidad está directamente relacionada con la capacidad de aprendizaje de cada uno de estos organismos y, por lo tanto, con la capacidad que tienen de interaccionar con (en el sentido de relacionarse y modificar) el medio en que viven. Y es esta interacción la clave para entender lo psicológico: se entiende por psi-

cológico el comportamiento de un individuo en su interacción con el medio, fruto de su historia de aprendizaje. Por tanto, lo psicológico sería lo aprendido, bien a partir de comportamientos innatos o bien de otros comportamientos aprendidos previamente.

Tampoco hay que identificar lo psicológico con lo mental y lo biológico con lo orgánico o corporal. Esta distinción de mente y cuerpo (denominada dualismo cartesiano, haciendo referencia al filósofo Descartes) fue la base del modelo biomédico que se consolidó durante el Renacimiento y cuya predominancia en el afrontamiento de la salud y la enfermedad se prolonga hasta nuestros días. Descartes plantea que lo físico y lo espiritual constituyen realidades independientes que en el hombre corresponden, respectivamente, al cuerpo y a la mente (si bien es verdad que el propio Descartes se vio en la necesidad de conectar ambas realidades mediante la glándula pineal, solución al problema que probablemente sea lo más débil del planteamiento filosófico de este autor).

Desde este planteamiento, salud y enfermedad se entienden como fenómenos exclusivamente bioquímicos, obviando por completo la influencia de factores psicológicos y sociales. Sin embargo, el ser humano es un todo y como tal se comporta: no va el proceso de la digestión por un lado y el placer de comer por otro, como tampoco podemos diferenciar dónde termina la actividad cerebral y dónde empieza uno a soñar con sus vacaciones. Un cáncer supone la aparición de células malignas en un órgano que pertenece a una *persona* y los procesos emocionales y sociales que viva esa persona afectarán, sin duda alguna, al desarrollo de la enfermedad. Los procesos orgánicos (supuestamente objetivos) y mentales (ídem subjetivos) son indisolubles y si en alguna ocasión se estudian por separado es para facilitar dicho estudio; de la misma manera que el agua tiene hidrógeno y oxígeno, pero es otra cosa distinta que la suma de estos dos elementos y si se estudian estos elementos por separado no estamos estudiando el agua, el comportamiento humano es un conjunto de muchos elementos (evidentemente más complejo que el agua) que también se pueden estudiar por

separado, sin que ello quiera decir que estemos estudiando el comportamiento humano.

Podemos poner los ejemplos más evidentes y los más sofisticados. Muchos de nosotros habremos tenido dolor de cabeza en una situación de tensión: sin duda en ese momento, con las pruebas pertinentes, se podría especificar qué tipo de daño o alteración se estaría produciendo en nuestra cabeza, desde una mayor tensión en los músculos a una vasoconstricción. Existe una alteración orgánica que es fruto de la percepción de una situación como ansiógena, y decimos percepción de la situación porque no es la propia situación de tensión la que nos origina el dolor, como sería si nos dieran un martillazo en la cabeza, sino nuestra forma de reaccionar ante la misma. ¿Quiere esto decir que el dolor es psicológico (en este sentido que hablábamos como opuesto a orgánico)? Evidentemente no, puesto que de verdad se producen unas alteraciones «reales», «objetivas» (léase tensión muscular o cambios bruscos de la circulación intracraneal) que son el producto de nuestra forma particular de reaccionar ante la tensión estimular. Pero no todas las personas que estén en la misma situación de tensión sufrirán dolor de cabeza, es decir, no es la situación la causante del dolor, como podría ser el martillazo.

Podemos ver otros ejemplos más complejos, de cómo el estrés influye en nuestra respuesta inmunológica, por ejemplo ante situaciones de examen. Existen diversos estudios que muestran como los porcentajes de linfocitos T (células del sistema inmune) se reducen en períodos de exámenes académicos.

Un estudio realmente llamativo, realizado en 1983 por Smith y McDaniel, fue el que consistió en la realización de la prueba de la tuberculina a un grupo de personas voluntarias. La prueba se realizó durante seis veces en seis meses, una vez al mes, de forma que las cinco primeras veces se les inyectaba a los voluntarios una sustancia de color verde (tuberculina) en el brazo izquierdo y una sustancia de color rojo (que no era más que agua con sal) en el brazo derecho. La tuberculina producía una reacción en la piel, mientras que la solución salina no producía ninguna reacción. En la sexta ocasión, sin decir nada a

los voluntarios ni a las enfermeras encargadas de la administración de la inyección, se invirtió el brazo y el contenido de éstas, de modo que en el brazo izquierdo se volvió a inyectar la sustancia verde, pero que en esta ocasión era la solución salina y en el brazo derecho la tuberculina, esta vez de color rojo. La solución salina tampoco produjo en esta ocasión ninguna reacción pero la tuberculina dio lugar a una reacción muchísimo menor. De alguna forma, lo que los voluntarios esperaban acerca de la reacción que iban a sufrir (y ésta era nula, ya que pensaban que les estaban inyectando lo mismo de siempre) influyó atenuando los efectos de la tuberculina, siendo entonces la reacción mucho menor. La interacción entre factores psicológicos y orgánicos se ve de forma clara en este experimento.

La posición actual en psicología es una posición no dualista en la cual lo psicológico es una forma especial de organización de los seres vivos y una forma especial de organización de las relaciones que el ser vivo establece entre estímulos del entorno y sus respuestas (relación bidireccional entre el sujeto y su entorno). De todas las relaciones que se establecen, aquellas que tienen que ver con una organización del comportamiento no reactivo, histórico, personal, idiosincrásico del sujeto, son las pertenecientes al estudio de lo psicológico. Por tanto, podemos decir que lo psicológico lo constituyen las relaciones interactivas que se establecen entre el individuo y su entorno, que se muestran a través del comportamiento y que se aprenden a lo largo de su historia personal. Y no nos referimos solamente al entorno social, ya que entonces limitaríamos lo psicológico a las relaciones con los demás, sino también al entorno físico o a su propio organismo.

¿Qué trata de hacer la psicología como ciencia? La psicología, además de estudiar el comportamiento humano, de explicarlo, de analizar por qué unas personas se comportan de una manera y otras de otra, pretende también predecir el comportamiento futuro de una persona y trata, y ésta es la parte importante respecto al objetivo de este libro, de cambiarlo si ése es el deseo de la persona que viene a consultarnos o a pedirnos ayuda. La

psicología cuando se ha ocupado de entender el comportamiento humano ha utilizado las estrategias típicas de cualquier ciencia: primero ha tratado de describirlo, de medirlo o evaluarlo y después hacer un análisis causal entre la situación ambiental, lo que rodea al individuo y el comportamiento que emite. Estas estrategias o formas de acercarnos al comportamiento humano nos facilitan lo que antes decíamos que era el objeto de la psicología, explicar y predecir el comportamiento.

Para que podamos hacer una intervención psicológica para resolver un problema ha de aparecer una persona que tiene tal problema, que quiere resolverlo y además el problema ha de ser psicológico. Cuando una persona recurre a un psicólogo para resolver un problema económico, el psicólogo lo que tendría que hacer es recomendarle un asesor financiero, de la misma forma que si quiere hacer una casa le podría recomendar un arquitecto. Lo que caracteriza a un problema como psicológico es que afecta a la persona en su totalidad, a su forma de sentir y relacionarse con el mundo que la rodea, a organizar sus experiencias y, en definitiva, a adaptarse a su medio o contexto ambiental. Un problema económico o un problema doméstico pueden producir problemas psicológicos, en el caso de que afecten a o repercutan sobre el comportamiento habitual de la persona más allá de la propia parcela afectada; es decir, cuando el problema trasciende el área concreta donde se inició y afecta a la forma en que la persona organiza su experiencia en cualquier ámbito de su vida. A veces este tipo de problemas que se mantienen en el tiempo resultan difíciles de resolver por uno mismo, con los recursos que una persona tiene de modo que no se encuentra ninguna forma o estrategia de resolución. Es en ese momento cuando la persona acude al psicólogo.

Los problemas por los que la gente acude al psicólogo son de muy diversa índole, siempre en el marco de lo psicológico (interacción de la persona con su medio) y muchas veces, pero no siempre, relativos a su relación con los otros: «Cada vez me entiendo menos con mi hijo»; «me siento muy nervioso»; «tengo dificultades para mantener mis amistades»; «cada vez que veo un perro me pongo a

temblar y me cambio de acera»; «me encuentro solo y no tengo con quien salir»; «llevo años con un dolor de cabeza prácticamente continuo y ya no sé qué hacer»; «no me entiendo con mi pareja», etc.; sean del tipo que sean, hay una cuestión que caracteriza esencialmente qué es un problema psicológico en el ámbito clínico, y ésta es: es un problema de comportamiento que afecta a la forma que el individuo tiene de adaptarse, de sentirse bien en el entorno en que vive.

Los problemas psicológicos se constituyen como problemas en la medida en que un individuo valora su propio comportamiento o el de otros como problemático. Existe una tendencia acusada en nuestra sociedad, directamente derivada del modelo médico imperante en la práctica clínica, a considerar que el problema está en el interior del individuo. Si entendemos el comportamiento como la relación existente entre un individuo y su medio, afirmar que una persona presenta un problema no implica en absoluto que lo «tenga» (como quien tiene un virus o una rotura en un hueso). Afirmar que una persona tiene depresión no es otra cosa que decir que esa persona presenta una serie de conductas que resultan ineficaces para sentirse bien en ese momento y contexto concreto en el que vive, de manera que si se modifican o eliminan tales comportamientos, podríamos afirmar que esa persona ya no «tiene» depresión: si antes lloraba con una frecuencia e intensidad inadecuadas para ella misma y ahora ya no lo hace; si lo hacía en cualquier momento y situación y ahora lo hace viendo, por ejemplo, *Capitanes intrépidos* cuando se muere Manuel-Spencer Tracy; si se sentía triste y angustiada durante el 80 por 100 del día y ahora esa tristeza aparece de forma puntual y vinculada a acontecimientos concretos; o si esperaba a sentirse bien para salir con sus amigos y ahora sale con sus amigos para sentirse bien. Cuando se producen estos cambios afirmamos que la persona ya no tiene depresión. Fijémonos, sin embargo, en cómo sería la actuación de otros modelos derivados directamente del modelo médico y para ello, tomemos en primer lugar un ejemplo de una enfermedad orgánica, como puede ser la tuberculosis. Un individuo tiene tuberculosis cuando ha sido infectado por

el bacilo de Koch; la tuberculosis cursa con fiebre alta, dolor en el pecho, mucosidad, toses, etc.; pero ni estos síntomas son específicos de la tuberculosis ni la desaparición de los mismos implica la no existencia de la enfermedad. Es decir, un individuo no dejará de tener tuberculosis mientras *esté infectado por el bacilo de Koch,* aunque la sintomatología haya remitido en un momento determinado. Este planteamiento de la medicina ha sido adoptado por algunas aproximaciones terapéuticas surgidas en el seno de la psicología (aunque, evidentemente, no son propias de esta ciencia), según las cuales la desaparición de los comportamientos problemáticos no implican la desaparición del problema y, aunque la persona se ría, salga con sus amigos y piense que la vida merece la pena vivirla, seguirá «teniendo depresión» si no se han eliminado esos factores causales, internos y no accesibles para el individuo (siguiendo con el símil, si no se ha eliminado el «bacilo de la depresión») que son los que están originando el problema. Pues no, los problemas psicológicos lo son en la medida que son comportamientos inadecuados para una persona y nuestro interés no ha de estar en encontrar el lugar del organismo en el que se ha instalado el virus de la ansiedad, sino en hacer una descripción detallada de los elementos que constituyen el problema y relacionarlos funcionalmente (volveremos a tratar este tema en el Capítulo IV). La mayoría de las personas que conocemos en su trabajo, en sus estudios, en su ocio, desarrollan una serie de formas de comportarse que llamamos de muy distintas maneras, inteligencia, habilidades sociales, simpatía, etc., una amplia serie de habilidades que podríamos denominar habilidades psicológicas. Hablar de habilidades psicológicas no es más que hablar de la capacidad para interpretar adecuadamente los estímulos, el entorno que nos rodea y la habilidad para dar la respuesta más adaptativa, la que mayor beneficio nos trae a cualquier plazo (a corto y a largo plazo). Cuando las habilidades psicológicas de una persona son deficitarias, tal persona puede tener problemas en su relación con el entorno y puede acudir al psicólogo para que le ayude a resolverlos. Entonces el psicólogo pondrá a su disposición las técnicas de la psicología per-

tinentes para ese problema en cuestión. Solamente a partir de la observación de lo que se hace y se dice, con base en los criterios valorativos relativos que cada individuo ha aprendido en su historia de aprendizaje particular, se podrá hablar de problema. Los problemas psicológicos no existen en la naturaleza del comportamiento en sí mismo, sino que lo son en la medida que se califican como tales; las distintas épocas, las distintas culturas y, por supuesto, la propia vivencia del individuo de estar teniendo un problema, como más tarde veremos en el Capítulo II, señalan qué comportamientos son problemáticos en un contexto concreto para un individuo concreto. Los principales manuales diagnósticos psiquiátricos van eliminando de sus sucesivas ediciones problemas que antes consideraban como tales. La homosexualidad es uno de ellos, por ejemplo: en una clasificación de enfermedades mentales del año 1968 (DSM-II) se consideraba una desviación sexual mientras que en la misma clasificación editada en el año 1987 (DSM-III-R) no figura como enfermedad en ningún apartado

Lo que estamos planteando es una aproximación científica a la resolución de problemas desde el punto de vista de la psicología. Lamentablemente, no todas las aproximaciones psicológicas parten de una aproximación científica como la que pretendemos exponer. Resolver un problema de forma científica es intentar entender por qué se produce ese comportamiento que resulta problemático, de qué claves depende y por qué la persona no lo puede resolver sin ayuda profesional (qué estrategias le faltan, qué estrategias utiliza de forma inadecuada, qué creencias o valores le impiden comprenderlo, etc.). Por ejemplo, muchas personas tienen miedo a montarse en los aviones, por razones que pueden parecer obvias cuando se les pregunta por ellas: si el avión se estropea cuando está volando, por ejemplo, nos mataríamos sin lugar a dudas. Esto es verdad y sin embargo muchas personas viajan en avión, personas de todos los tipos y condiciones; no son personas especialmente valientes y osadas, que inician una aventura como subir al Everest, irse a la Luna o lanzarse en una canoa por una cascada de 20 metros de altura. No, son gente normal, como cualquiera de nos-

otros, cobardes y valientes, jóvenes y viejos, simpáticos y antipáticos... no hay nada que defina como distintos a las personas que se suben, salvo que tienen que hacer un viaje largo y pueden pagar un billete de avión. Algunas de estas personas lo pasan mal durante el viaje, incluso muy mal y sufren ataques de pánico; pero la mayoría viaja tan tranquila, aprovechando el vuelo para descansar, admirar el paisaje desde la ventanilla, pensar, leer el periódico, revisar un trabajo o disfrutar de la charla con la persona que la acompaña. Sin embargo, las personas que tienen miedo lo tienen a pesar de que ven al resto tan tranquilas, hasta el punto de no querer subir y terminar prescindiendo del avión como medio de transporte. Si acuden con este problema al psicólogo, por ejemplo porque les acaban de ofrecer un trabajo estupendo que les va a obligar a viajar en avión, éste podrá ayudarles a solucionarlo, de modo que puedan volar con tranquilidad (a lo mejor nunca llegarán a disfrutar del vuelo, pero desde luego se subirán a él sin dudar). Éste es un típico problema psicológico que se trataría en la clínica.

¿Cómo podemos hacer un planteamiento científico en la resolución de este problema? Lo que hacen los psicólogos es tratar de aplicar los modelos que explican cómo cambia el comportamiento en general, cómo se adquieren unos comportamientos y cómo desaparecen otros, es decir, cómo aprendemos a comportarnos en la forma en que lo hacemos (puesto que el comportamiento problemático se rige por las mismas leyes de aprendizaje que el no problemático). De este tema se ocupa la psicología del aprendizaje, fundamento teórico de las técnicas de tratamiento psicológico o procedimientos de intervención terapéutica (y que veremos con mayor detenimiento en los capítulos posteriores). Otro elemento importante para hacer tratamiento psicológico es conocer con precisión en qué consiste el problema: cuál es el comportamiento del sujeto que él mismo considera problemático y en qué situación o situaciones se da. Enmarcar el comportamiento en el contexto en que se produce es un elemento esencial para poder calificar dicho comportamiento como inadecuado y problemático; en este sentido, reírse a carcajadas en una entrevista de trabajo o en un funeral puede ser ca-

lificado como inadecuado y constituir un problema para la persona que lo emite, pero hacerlo viendo una película de los hermanos Marx o en una reunión de amigos que están contando chistes parece absolutamente adecuado. No sólo la descripción precisa en el contexto en que se produce es fundamental para conocer lo adecuado de un comportamiento. También su frecuencia de aparición, su intensidad o su duración son parámetros que sin lugar a dudas ayudan a precisar en qué medida es problemático o inadaptado un comportamiento. Llorar no es necesariamente malo, pero llorar a todas horas sí puede serlo; una persona que no sonríe con frecuencia puede proporcionar sensación de seriedad y seguridad, pero una persona que no sonríe nunca puede provocar rechazo o antipatía; de la misma manera, comer poco puede ser sano pero no comer nada puede ser mortal. Y así podríamos poner infinitos ejemplos sobre la importancia de definir en qué contextos (o, con más precisión, situaciones estimulares) y con qué parámetros se da un comportamiento para que pueda ser calificado como problemático. Otro factor importante es conocer qué pasa después de la emisión del comportamiento, qué consecuencias tiene para el sujeto. Y tiene importancia porque las consecuencias son básicas para determinar si el comportamiento se va a repetir en un futuro y con qué frecuencia, como veremos en los siguientes capítulos.

Analizar el comportamiento de una persona en términos de sus antecedentes (las cosas que ocurren antes y con las que está relacionado) y sus consecuentes (las cosas que ocurren después) es tratar de realizar un análisis funcional de dicho comportamiento. El análisis funcional intenta explicar por qué en ese momento una persona se comporta como lo hace, y esto no es otra cosa que establecer hipótesis explicativas del comportamiento actual del sujeto (por qué actual y no pasado es algo que se explicará en el Capítulo IV). Es verdad que un análisis funcional nos dice muy poco o nada de cómo se originó el problema. El planteamiento científico en la resolución de un problema exige que el psicólogo establezca hipótesis sobre las causas o la explicación de por qué ese problema se da en una determinada situación y con una determi-

nada frecuencia. Una vez establecida la hipótesis se tratará de determinar si existen procedimientos o tecnología rápida y eficaz con la que se pueda solucionar el mismo.

La psicología es una ciencia que cuenta con una tecnología y llegados a este punto pasamos a aclarar el tercer término de nuestra definición, la intervención en psicología. La mayoría de las personas, cuando piensan en psicología, piensan mucho más en el aspecto tecnológico de esta ciencia, aun cuando es el aspecto secundario; incluso a veces, aunque, afortunadamente, cada vez con menos frecuencia, se piensa en la psicología como en una especie de arte adivinatoria de lo que la persona hace o piensa, hasta el punto de que cualquier estudiante ha pasado por la situación de que alguien dice: «¡Ah, psicólogo, tengo que tener cuidado no vayas a adivinar cómo soy o lo que pienso!»

Es decir, la mayoría de la población identifica la psicología clínica con la psicología y el quehacer psicológico con el desempeño de la práctica clínica. Esto es un tremendo error, un reduccionismo que limitaría la actividad de la psicología como ciencia a un mínimo inapreciable. Las técnicas que se utilizan para el cambio de comportamiento no son la esencia de la psicología, sino uno de sus muchos frutos. Existen magníficos investigadores en psicología que son unos pésimos psicólogos (en este sentido popular que hemos comentado antes y que sería más exacto denominar clínicos); es decir, pueden ser magníficos psicólogos pero pésimos clínicos (tecnólogos de la psicología): no tienen las habilidades de comunicación necesarias para hablar con una persona de los problemas que tiene, no son capaces de utilizar las estrategias de evaluación para analizar el comportamiento humano en el medio natural en el cual se produce o de programar de forma conjunta (esto es, psicólogo y cliente) el plan de tratamiento y controlar que se desarrolle según lo previsto; o peor aún, que se involucran de tal modo en el problema de su cliente y se ven afectados por su sufrimiento que no son capaces de mantener la objetividad y la distancia indispensable para poder ayudarle.

Así pues, el psicólogo que se dedica a resolver problemas de las personas necesita dos tipos de conocimientos:

un conocimiento de la ciencia psicológica (de los modelos que explican cómo se aprenden los comportamientos) y un conocimiento de la tecnología de cambio. Con estos conocimientos un psicólogo clínico ha de ser capaz de extraer las reglas generales del aprendizaje y aplicarlos al caso individual, con el objetivo final de obtener un análisis funcional o hipótesis explicativa de ese problema concreto, de la misma forma que ha de saber manejar las diversas técnicas de cambio para adecuarlas a dicho análisis. Con el análisis funcional se han de determinar las variables que están relacionadas con el problema en cuestión y que se han de manejar para producir el cambio en la dirección deseada. Cada análisis funcional es único y cada programa de tratamiento terapéutico también lo es. En psicología no existen procedimientos estándar para problemas tipo, como en medicina existen pastillas para enfermedades. No existe la aspirina en el tratamiento de los problemas psicológicos sino que cada problema debe ser analizado de forma individual, partiendo, eso sí, de las leyes generales del aprendizaje que son válidas universalmente, y ha de ser abordado terapéuticamente de un modo particular y específico que se deriva de su análisis funcional. En este sentido, hablar del tratamiento de la depresión igual que se habla del tratamiento de la diabetes, no tiene ningún sentido; a veces las personas llegan a la consulta del psicólogo sintiéndose deprimidas para que «se les haga» lo mismo que a su vecino, que hace unos meses estaba muy deprimido y ahora, después de ir al psicólogo, está muy bien. Entre los muchos aspectos que hay que aclarar con este nuevo cliente (entre otros, que el psicólogo no «le va a hacer nada», sino que será él quien hará las cosas que haya que hacer, pero de este tema hablaremos en su momento), uno fundamental es que cada problema es único y único también cada procedimiento terapéutico. Los propios estudiantes de psicología, al principio, tienen problemas para comprender y llevar a la práctica este planteamiento, puesto que resultaría mucho más sencillo contar con un repertorio de técnicas de tratamiento que se aplicarían de forma sistemática e idéntica a cada uno de los posibles problemas categorizados como tales en los ma-

nuales de psicopatología. Las clasificaciones psicopatológicas del tipo de la DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders/Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) o la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) son meramente descriptivas, basadas en la topografía de los problemas y no en sus relaciones funcionales. Para un psicólogo, esta forma de descripción de los problemas psicológicos y su categorización no resultan muy útiles, puesto que afirmar que un individuo «tiene depresión» no nos dice nada sobre las características de su problema ni sobre el procedimiento terapéutico que sería apropiado desarrollar. Es verdad que con frecuencia los psicólogos utilizan estas etiquetas, como depresión, fobia, ansiedad, para denominar el problema que presenta una persona, pero tales etiquetas únicamente han de tener un valor de facilitación de la comunicación entre profesionales, de resumen del tipo de comportamientos problemáticos de los que se está hablando, pero nunca un valor diagnóstico ni orientativo en cuanto al tratamiento a seguir. De hecho, la utilización de etiquetas puede sesgar el análisis funcional, dirigiéndolo a la confirmación de determinados datos y a la ignorancia de otros, de modo que el psicólogo se centre más en buscar la etiqueta apropiada para un caso concreto que en identificar, evaluar y relacionar las características del problema y las variables que están manteniéndolo. Por ejemplo, si una persona llega a nuestra consulta diciendo que tiene depresión, podemos ponernos a comprobar en qué medida presenta las respuestas características de este problema, eliminando cualquier dato relevante que esté en desacuerdo con la hipótesis prejuiciosa que nos hemos formado. Podría ser, por ejemplo, un problema de falta de habilidades para relacionarse con la gente, o cualquier otro comportamiento que sería necesario evaluar. Este planteamiento implica romper con una forma de actuación basada en un modelo mecanicista de diagnóstico y tratamiento, que aúna la clasificación de los problemas psicológicos con procedimientos estandarizados de tratamiento. El tratamiento no existe al margen de los datos ofrecidos por el análisis funcional, de modo que el considerar la actuación clínica como un conjunto de técnicas

tipo para problemas tipo llevaría a la anulación de la principal característica de la intervención terapéutica en psicología. Con el análisis funcional y los modelos teóricos de la psicología científica, un psicólogo puede describir adecuadamente cualquier problema de comportamiento en una persona concreta.

LECTURAS RECOMENDADAS

EYSENCK, H. J. (1977), *Psicología: hechos y palabrería*, Madrid, Alianza.
SKINNER, B. F. (1974), *Ciencia y conducta humana*, Barcelona, Fontanella.
PINILLOS, J. L. (1982), *Principios de psicología*, Madrid, Alianza.

CAPÍTULO II
¿Cómo se define un problema en psicología clínica?

¿QUÉ ES UN PROBLEMA CLÍNICO?

En el capítulo anterior hemos intentado clarificar el contenido de este libro, a través de una reflexión sobre las dos palabras que incluye el título del mismo. Ahora vamos a centrarnos específicamente en los problemas que se tratan en la clínica.

No todos los problemas que se plantea la psicología son problemas clínicos; la parte clínica de la psicología hace referencia al abordaje de aquellos problemas psicológicos que presentan las personas y que les plantean dificultades de adaptación en su vida diaria. Tal como dijimos en el capítulo anterior, un problema clínico en psicología se constituye como tal en la medida en que el individuo valora su propio comportamiento como problemático y acude al psicólogo para intentar solucionarlo. Existen excepciones a este planteamiento general: los niños y personas con discapacidad psíquica, que difícilmente pueden darse cuenta de que tienen un problema (aunque lo puedan estar pasando mal no son capaces de saber qué ocurre ni que «eso que tienen» lo puede solucionar un psicólogo); otro caso lo constituyen

algunos problemas que cuando empiezan a desarrollarse no interfieren en la vida diaria, es decir, no son considerados como tales por el propio individuo, pero sí pueden ser percibidos por alguien del entorno cercano (después veremos un ejemplo de este tipo); y un tercer caso podrían ser las personas que sufren algún tipo de trastorno psicótico (y por consiguiente, un alejamiento de la realidad). Evidentemente cualquiera de estos individuos no irá al psicólogo porque tiene un problema, pero sí irá alguno de los adultos que forma parte de su entorno, generalmente un familiar. Así acudirá un padre a la clínica porque su hija de cinco años se hace pis en la cama, aunque para la niña esto sea lo más normal del mundo; o una madre con su hijo de quince años con el síndrome de Down porque el chico en ocasiones se hace daño dándose golpes a sí mismo con cualquier objeto; o cualquier familiar de una persona que desde hace algún tiempo hacía «cosas raras» en casa y le acaban de diagnosticar esquizofrenia.

En todos estos casos y en otros similares, la queja la emite alguien distinto del propio individuo que sufre el problema y sin embargo también decimos que es un problema clínico. Y esto por varias razones: la primera, porque a pesar de que la queja la plantea otra persona, las conductas inadecuadas que presenta el individuo sí pueden constituir un problema de adaptación para él, a lo mejor no de forma inmediata, como puede ser en el caso de la niña de cinco años que se hace pis en la cama, pero sí a largo plazo (por ejemplo, cuando tenga nueve años y no pueda ir de campamento con sus compañeros del colegio o a dormir a casa de una amiga). En segundo lugar, porque la conducta de la persona que se queja también va a ser objeto de intervención, de modificación desde el momento que se inicie el tratamiento psicológico; es decir, el comportamiento de las personas del entorno próximo del individuo que presenta las conductas problemáticas, también va a ser evaluado y modificado para que, a su vez, estos cambios alteren positivamente la conducta del otro; esto ocurre principalmente cuando trabajamos con problemas infantiles. Incluso hay ocasiones en las que el psicólogo trabaja directamente con la persona

que plantea el problema y no con la que lo sufre, por ejemplo en el caso de un niño enurético que por su edad no va a tener ningún protagonismo en el programa de tratamiento y al que el psicólogo puede incluso llegar a no conocer. O, en general, los problemas de conducta en la infancia, que se solucionan en la mayoría de los casos modificando la conducta de los padres para, de esa forma, modificar la del niño. Y en tercer lugar, porque desde el momento en que una persona plantea un problema por la conducta de otro está manifestando un problema propio. No quiere decir esto que si alguien se queja es que «tiene algo malo», sino que ese alguien está sufriendo las consecuencias de una conducta problemática que presenta alguna persona de su entorno y por ello dicho entorno se altera, dificultando la vida de los que lo comparten. Decimos entonces que el cliente es la persona que se queja y no la persona sobre la cual se queja.

POR QUÉ PREFERIMOS EL TÉRMINO CLIENTE

Llegados a este punto creemos importante aclarar qué entendemos por cliente y por qué preferimos ese término al de paciente, que en principio parecería más apropiado refiriéndonos a un tratamiento psicológico. Quizás el ejemplo anterior ya nos haya orientado un poco al respecto. Fijémonos en lo que decíamos: si alguien llega a la consulta del psicólogo para plantearnos un problema que tiene, por ejemplo, su hijo y nuestra intervención, después de realizada la evaluación correspondiente, se va a dirigir a modificar la conducta del padre para así modificar la del hijo, ¿no nos parecería extraño decir que el padre es nuestro *paciente?* En realidad, si entendemos por paciente el individuo que viene a consulta y que es el receptor directo del tratamiento, si sería el paciente. Pero si entendemos por paciente aquella persona que tiene un problema que hay que «curar», entonces el padre no es el paciente, sino el hijo.

Así que los psicólogos hemos preferido utilizar este término, que puede sonar al principio muy mercantilista, para hacer referencia a la persona que acude a la consulta

y con la que vamos a trabajar durante las sesiones que dure el tratamiento. Y realmente es un cliente, en el sentido de que viene solicitando nuestra ayuda profesional por un problema que tiene y que no puede resolver; en el caso del psicólogo el problema es de comportamiento, pero nuestra ayuda ha de ser tan profesional como si quisiese hacerse una casa y nosotros, arquitectos, realizásemos un plano. La implicación emocional del psicólogo en el problema del cliente ha de ser mínima, por no decir nula; el comportamiento del psicólogo ha de ser absolutamente técnico, es decir, su objetivo ha de ser ayudar al cliente a resolver el problema que plantea y esto sólo puede hacerse realizando un análisis científico del mismo, en los términos planteados en el Capítulo primero y sobre los que insistiremos en capítulos posteriores, y programando una intervención en función de tal análisis. Esto no quiere decir que hayamos de ser fríos y mecánicos, sino todo lo contrario. Como en cualquier trabajo que implique relación entre personas, la calidez en el trato, la consecución de una relación fluida y de confianza, son elementos básicos para que la interacción funcione. Pero no debemos olvidarnos que una relación psicológica es unidireccional, esto es, el cliente nos cuenta sus problemas, pero nosotros no le contamos los nuestros. Esto lo haríamos con un amigo, intercambiaríamos nuestras experiencias, nuestras emociones, nuestros sentimientos buscando comprensión y solidaridad. Pero la relación psicológica no implica nada de esto: nuestro cliente quiere que le ayudemos, nos busca como profesionales, y si esto no es así, es el propio psicólogo quien tiene que aclarar los términos de la relación. Imaginemos por un momento que vamos al psicólogo buscando ayuda porque nos va muy mal la vida, nos sentimos desgraciados, nos parece que solamente nos ocurren cosas terribles y el psicólogo nos sale diciendo que él también se siente muy mal, que la vida es verdaderamente dura y que vamos a intercambiar experiencias para consolarnos mutuamente. Eso si, al salir debemos abonar religiosamente el importe de la sesión, ya que él o ella está realizando su trabajo. Desconcertante, ¿no? No es eso lo que podemos esperar de un profesional; el psicólogo es un especialista

del cambio del comportamiento y, en el caso del psicólogo clínico, del comportamiento problemático; su actuación se ha de basar en poner su conocimiento técnico al servicio del cliente, para de esta forma conseguir ayudarle eficazmente a resolver sus problemas. Ofreciéndole un hombro sobre el que llorar, la ayuda será nula; ésa es la tarea de los amigos, no del psicólogo.

Pero existe otra razón por la cual se suele preferir el término *cliente* al más popular o utilizado de *paciente*. Por una parte, el término paciente está relacionado con padecimiento; el paciente es la persona que *sufre* las molestias derivadas tanto de la enfermedad como del tratamiento. Por otra parte, la palabra paciente se asocia casi de manera automática al contexto biomédico; en este sentido, un *paciente* es una persona que tiene un problema y sobre la cual se va a aplicar un tratamiento. Es decir, la intervención terapéutica se hace *sobre* el individuo, es el individuo quien *recibe* el tratamiento. En el contexto médico, el paciente tiene, tal como indica la palabra, un papel pasivo, de receptor de lo que el experto, el médico, considera que es adecuado para su problema. El médico es el agente activo y el paciente el sujeto pasivo. Si bien es verdad que esta definición de papeles está empezando a cambiar dentro del propio contexto médico (sobre todo a partir de los cambios en las enfermedades dominantes en la sociedad actual, donde ya predominan aquellas que dependen en gran medida del comportamiento de la persona, en detrimento de las enfermedades infecciosas propias de otras épocas), a pesar de los cambios, decíamos, el modelo médico plantea este reparto de funciones en el tratamiento.

Sin embargo, en el contexto de la clínica psicológica tal reparto es impensable: el paciente es un agente activo en el tratamiento, ya que el tratamiento es cosa de dos, clínico y persona (o personas) con problemas; o lo que es lo mismo, profesional y cliente. Un tratamiento psicológico, tal como describiremos en los posteriores capítulos, consiste en el trabajo conjunto y perfectamente coordinado del cliente y del psicólogo. Si el cliente no trabaja, es decir, no pone en marcha los comportamientos y tareas que el psicólogo ha señalado como adecuadas para

aprender y superar el problema, entonces el tratamiento no tendrá ningún efecto. De nada sirve que el psicólogo diga qué es lo que hay que hacer si el cliente no lo hace; es más, cualquier intervención con adultos (los niños suponen una excepción, como hemos dicho) exige el interés de la persona por llevar a cabo el tratamiento, su consentimiento y su deseo de participar. Por muy bien que hayamos analizado un problema y por mucho que, objetivamente, se vea que esa persona podría solucionar algunas alteraciones conductuales con una intervención psicológica, si no quiere, si no está por la labor, no hay nada que hacer. Hace algún tiempo se conoció a través de la prensa que un jugador de fútbol holandés se había ido a jugar a la liga inglesa (renunciando a contratos más «sustanciosos» en otros países) porque de esa manera garantizaba que podía hacer todos los traslados para jugar con los distintos equipos por tierra, tal era su temor a los aviones. Probablemente hubiera sido muy sencillo para un psicólogo ayudarle a superar ese terror a los aviones, aparentemente tan incapacitante para su vida, visto desde fuera, pero este jugador encontró una solución alternativa, limitadora en cualquier caso, pero que le servía para no pasarlo mal. No dudamos que en su entorno alguien le hubiera sugerido que visitara a un psicólogo (o a un psiquiatra), pero él prefirió esta otra solución. Aunque se le hubiera «forzado» a ir (si bien es difícil imaginar cómo hubiese podido hacerse esto), de nada habría servido si una vez en la consulta, él no hubiese querido trabajar en su problema.

Por ello, por este papel activo que ha de desempeñar el paciente, se prefiere suprimir este término y utilizar el de cliente. En la clínica psicológica, el cliente no sólo hace con el mayor interés lo que el psicólogo sugiere sino que además participa decidiendo conjuntamente con éste los procedimientos y criterios más convenientes en el programa de aprendizaje o plan de tratamiento, corresponsabilizándose del mismo.

Vamos a ilustrar lo que hemos visto hasta ahora con un ejemplo. Concretamente, vamos a exponer el problema que nos plantea una madre con respecto a las cosas que hace su hija de catorce años. La madre es una mu-

jer de cuarenta y dos años que se muestra nerviosa, excitada, y que nos empieza diciendo que a lo mejor lo que nos va a contar es una tontería pero que en su casa ya no saben qué hacer desde hace casi un año. ¿En qué consiste el problema? Nos lo cuenta en pocas palabras: la niña ordena todos los objetos que tiene a su alrededor haciendo figuras geométricas; pasa la mayor parte de su tiempo haciendo esas cosas, lo ordena todo constantemente y molesta con su comportamiento a los demás miembros de la familia, que ya están desquiciados, dice la madre, y saltan a la mínima cuando ven a la niña ordenando las cosas. Ejemplos concretos: si encima de la mesa hay tres ceniceros, los ordena formando un triángulo; los mira y remira, corrige posiciones hasta que comprueba que es un triángulo perfecto. Si observa su cama, en la que hay dos almohadas, las coloca hasta que consigue dos rombos perfectamente colocados. Va al despacho que tiene su padre en la casa y ordena los papeles que tiene sobre la mesa, colocándolos apilados en montones idénticos y formando con tales montones un rectángulo. Es decir, está tocando y retocando cualquier objeto que esté al alcance de su mano y justifica su propio comportamiento diciendo que todo está desordenado y es ella quien tiene que encargarse de poner orden en casa.

La madre está verdaderamente desesperada cuando acaba de contarnos el problema; se producen continuamente discusiones familiares por esta razón: el padre se enfada cuando ve su mesa revuelta respecto a como él la dejó, la hermana chilla cuando ve que sus cosas están totalmente cambiadas de sitio y la madre intenta mediar entre ellos, sin saber qué hacer para detener todo esto. La niña, vamos a llamarle Sara, no hace caso cuando se le pide que deje de hacer esos cambios e insiste en que las cosas están desordenadas, siente la necesidad de hacerlo y opina que quedan así mucho mejor. Su hermana le pide constantemente que no toque sus cosas, que a ella le gusta como están, pero Sara no le hace ningún caso.

Aquí tenemos un problema, planteado por una madre muy preocupada, que está generando muchas tensiones en la familia pero que a Sara no le ocasiona ningún trastorno. A la madre le parece que el comportamiento de su

hija es muy raro y que, sin lugar a dudas, necesita un psicólogo. Y por eso viene a consultarnos.

No vamos a plantear aquí, como quizá muchos lectores estén deseando, qué solución o tratamiento considera el psicólogo que se ha de poner en marcha. Por ahora nos vamos a quedar con la intriga y vamos a centrarnos en el enfoque que el psicólogo ha de darle, antes de proceder a la evaluación que nos permitirá diseñar el tratamiento. En este caso, tal como acabamos de comentar, la persona que plantea la queja no es la misma que la persona que ejecuta los comportamientos problemáticos; además, Sara no considera que tenga un problema, es más, considera que su conducta es la más apropiada para eliminar el desorden que hay en su casa. Incluso cree que el resto de la familia son unos histéricos que reaccionan de forma exagerada cuando ella ordena las cosas. Desde luego, lo que no ha de hacer el psicólogo es decirle a la madre que traiga a Sara a la consulta y cuando ella está allí, explicarle que está loca, que no se da cuenta de lo que hace y que desde luego su comportamiento no es normal. Tampoco le ha de decir a la madre esto mismo, ya que lo único que conseguiría sería ponerla todavía más nerviosa sin facilitarle una solución.

Lo primero que se tiene que plantear el psicólogo es si el problema que plantea la madre es tal problema, es decir, si tiene una solución desde la perspectiva psicológica. La respuesta inicial es que sí. El psicólogo sabe que este tipo de comportamientos se aprende siguiendo un largo proceso hasta que se constituyen en hábitos de conducta. No surgen de repente ni porque sí, sino que empiezan lentamente y se van haciendo más frecuentes y estables en el individuo, hasta que se automatizan y se constituyen en un hábito. El proceso de aprendizaje, tal como decimos, es lento y paulatino, y es posible que sea así también el proceso de desaprendizaje que constituirá el tratamiento. ¿Cómo se aprenden estos comportamientos? Aunque lo veremos con profundidad en el siguiente capítulo, en la base del comportamiento de Sara hay unos procesos de aprendizaje asociativo, de dos tipos: condicionamiento clásico y condicionamiento operante. Igual que a veces asociamos un perro con el mordisco de un

perro, ir en un coche con un accidente o un cuchillo con que alguien nos lo clave, Sara ha asociado los objetos cotidianos con un desorden que a ella le molesta; y, de la misma forma que para no pasar miedo, para no sentirnos mal, salimos huyendo cuando vemos un perro, evitamos ir en coche o intentamos no ver ni acercarnos a los cuchillos, Sara *lucha* contra el desorden *evitando, huyendo* del mismo, es decir, ordenando de forma sistemática y repetitiva cualquier objeto que se encuentra a su paso. Si no lo ordenase de esta manera, se sentiría mal, se pondría muy nerviosa. Así que Sara *ha aprendido* a no sentirse mal ante ese desorden que ella percibe ordenando una y otra vez todos los objetos de su casa. Como acabamos de decir, en el próximo capítulo insistiremos en los temas de aprendizaje y la explicación de cómo se producen este tipo de problemas.

Una vez que concluimos que el de Sara es un problema psicológico y que nuestra intervención podrá ser de utilidad, nuestro siguiente objetivo, previo al análisis del comportamiento problemático, habrá de ser explicarle a la madre qué puede esperar de nosotros. Lo primero que haremos será tranquilizarla y la forma mejor que tendremos de hacerlo es explicándole que esto que a ella le parece tan raro es algo que los psicólogos han estudiado en profundidad y para lo que cuentan con suficientes estrategias de tratamiento. Después de esto intentaremos distinguir con ella el comportamiento problemático que presenta su hija, que es algo sobre lo que tendremos que incidir, de los problemas familiares que se están originando a consecuencia de la conducta de Sara. Son dos cosas diferentes aunque íntimamente relacionadas. En este sentido, la actuación del psicólogo será doble: modificar el comportamiento problemático de Sara y modificar las respuestas de la familia ante ese comportamiento. ¿Quién será nuestro cliente, en este caso? En un primer momento está siendo la madre que consulta, pero ahora que ya sabemos «de qué va» el problema y quien lo manifiesta, nuestra intervención la tendremos que realizar con Sara, si está dispuesta a ello. La edad de la niña nos permite trabajar directamente con ella, si bien es verdad que ella no se da cuenta de que tiene un problema.

El psicólogo ha de ser capaz de resolver ese primer paso de la terapia, esto es, decirle a su cliente que su comportamiento puede resultar problemático a la larga y que sería más beneficioso para ella modificarlo. Y todo ello sin generarle un nuevo problema a Sara, en el sentido de que ahora empiece a pensar: «Entonces estoy loca», «soy una enferma» o «soy una obsesiva».

¿CUÁNDO SE PUEDE CALIFICAR UN COMPORTAMIENTO COMO «INADECUADO»?

Como se puede comprobar, en todo momento estamos intentando no utilizar el adjetivo «inadecuado», «anormal» o «patológico» para referirnos a un comportamiento problemático y también estamos intentando no utilizar etiquetas para calificar un comportamiento; ni la más general de «loco» ni etiquetas más concretas como «neurosis», «histeria» o cualquier otra que es fácil asociar con un problema psicológico. Vamos a ver por qué.

En primer lugar, es difícil calificar así, sin referencia a un momento o a un contexto concreto, si un comportamiento es inadecuado, patológico o enfermo. Cosas que en un grupo social resultan anormales en otro no lo son en absoluto; comportamientos que en una época son inadmisibles en otra posterior o anterior son perfectamente adecuados; o conductas que resultan inconcebibles en un contexto cultural determinado pueden ser fácilmente calificadas como aberrantes en otro distinto. Es decir, calificar un comportamiento como inadecuado, anormal o patológico sólo puede hacerse desde el contexto cultural, social y temporal en el que se produce dicho comportamiento. En este sentido, la calificación de una conducta como anormal ha ido variando a lo largo de los tiempos, de forma paralela a la evolución de la humanidad.

El ejemplo de la homosexualidad que poníamos en el primer capítulo nos sirve también ahora. El comportamiento sexual es uno más entre los múltiples que ejecuta una persona a lo largo de su vida y, desde luego, no es el que más define a alguien, a pesar de que actualmente haya grupos que se empeñen en considerar que la con-

ducta sexual de las personas es su principal rasgo definitorio. En la época griega era un comportamiento totalmente aceptado y bien considerado socialmente y, sin embargo, unos siglos más tarde se convirtió en una conducta perversa. A lo largo de este siglo se ha pasado por diversas posturas, tanto legales como sociales o psiquiátricas, de modo que de identificarse homosexualidad con enfermedad hace tan sólo veinticinco años, en la actualidad se admite como un comportamiento perfectamente normal (salvo en algunos sectores de la sociedad) y regulado jurídicamente. ¿Quiere decir esto que la homosexualidad no pueda constituir hoy día un problema? Desde luego que no es esto lo que estamos diciendo. El comportamiento homosexual, como el heterosexual, el alimentario, el laboral o cualquier otro pueden originar un problema al individuo que lo ejecuta. Lo que no es problemático es un comportamiento en sí mismo; un comportamiento constituye un problema cuando a ese individuo (o en algunos casos, tal como hemos visto en el ejemplo de Sara, a su entorno próximo) le ocasiona trastornos. Así muchas veces una persona que se define a sí misma como homosexual puede acudir al psicólogo porque tiene problemas para alcanzar el orgasmo (con su pareja homosexual, por supuesto), porque quiere aprender comportamientos heterosexuales (lo cual también es posible) o porque se siente presionado por su entorno (familiar, laboral, social) por manifestar esta conducta. El psicólogo ha de ayudarle a resolver su problema, el que él o ella manifiesten como tal, no la conducta homosexual, Tal como hemos explicado en el capítulo anterior, el comportamiento humano es mayoritariamente aprendido; el sexual no es la excepción y por ello, se puede modificar en el sentido que *demande el individuo.* Y por supuesto, puede acudir al psicólogo porque le dan miedo los aviones o se siente deprimido o no es capaz de hablar en público (exactamente igual que cualquier otra persona, independientemente del tipo de comportamiento sexual que ejecute). Es más, el código deontológico que los psicólogos han desarrollado para el ejercicio de su profesión les prohíbe tratar de imponer, en el contexto clínico, sus valores, creencias o ideología a los clientes.

Otro ejemplo de ese relativismo que tenemos que tener en cuenta a la hora de calificar un comportamiento como inadecuado puede ser lo que se ha considerado a través de la historia como apropiado para el género femenino. Hace años, una mujer se veía absolutamente limitada para realizar cualquier tipo de actividad. Más aún, en la época medieval una mujer no era una persona, más bien era algo a medio camino entre una lagartija y un ser humano (y hasta más cerca de la lagartija). Por ello se condenaba (y no sólo en sentido figurado) cualquier actividad de la mujer que significase cierto grado de conocimiento o dominio del mundo, de modo que una mujer sabia o culta era casi demoníaca (no olvidemos que en esta época, estar enfermo y estar poseído por el diablo eran prácticamente la misma cosa). El comportamiento de leer, de opinar, se consideraba anormal en una mujer. No hace falta decir que las cosas han cambiado, si bien hasta hace muy poco una mujer que paseaba sola o fumaba en público era criticada por su comportamiento inadecuado y etiquetada de «rara» o «loca».

No es fácil, por tanto, definir de modo absoluto qué es lo adecuado y qué es lo inadecuado en cuanto al comportamiento humano se refiere. Si, además del factor temporal, incluimos el factor cultural, las cosas se complican todavía más. La poligamia, esto es, tener muchas esposas, es un comportamiento valorado en algunas culturas orientales mientras que en nuestra cultura se considera absolutamente inadecuado. El incesto, muchas veces calificado de perversión y desde luego de conducta patológica, también es un comportamiento aceptado en algunas sociedades.

Así que a la hora de definir un problema como tal, es mucho más eficaz que recurramos, tal como hicimos en el primer capítulo del libro, a la capacidad de tal comportamiento para facilitar la adaptación del individuo al medio en que vive, que es lo mismo que decir que tal comportamiento le ayude a sentirse mejor. Cuando un comportamiento facilita la adaptación, decimos que es un comportamiento *funcional*. Por otra parte, hay que tener en cuenta que un comportamiento adaptativo, funcional, adecuado a corto plazo puede no serlo a largo

plazo: por ejemplo, tomar pastillas para la depresión durante una temporada puede ser adecuado para un individuo pero tomarlas toda la vida llegará a ser un comportamiento dañino para la salud. O el ejemplo que poníamos del jugador de fútbol: irse a vivir a Inglaterra puede ser muy adaptativo para evitar el problema que le supone subirse a un avión, pero si su equipo tiene que participar en cualquier campeonato internacional o él mismo es seleccionado para participar en competiciones internacionales, tendrá que negarse a ello y le acarreará problemas importantes en su carrera futbolística y, probablemente, problemas con su equipo. Así que la solución que le sirvió en un momento ya no le sirve para un momento posterior (definitivamente, lo más sensato sería que visitase a un psicólogo).

EL MODELO BIOMÉDICO APLICADO A LA PSICOLOGÍA

La otra cuestión que decíamos que el psicólogo no tendría que hacer era «etiquetar», esto es, poner un nombre al problema que plantea la persona que acude buscando ayuda. La cuestión de las etiquetas procede del modelo biomédico aplicado a la psicología que, tal como dijimos anteriormente, domina el panorama actual. Es verdad que las enfermedades y síndromes en medicina tienen un nombre, y si no lo tienen resulta de mucha utilidad ponérselo dadas las características de la actuación médica. Y esto es así porque la mayoría de estos trastornos responden a las características definitorias de enfermedad, que no poseen los problemas psicológicos. ¿Cuáles son estas características definitorias? Pues tener una etiología específica, un conjunto de síntomas relativamente definido y un tratamiento consensuado óptimo para la mayoría de los casos. Los problemas psicológicos no cumplen ninguna de estas condiciones, por lo que resulta muy difícil tratarlas como enfermedades.

Fue a partir del siglo XIX cuando se empezó a afianzar el modelo médico en el tratamiento de las enfermedades que sufría la humanidad; las enfermedades denominadas mentales comenzaron a ser consideradas con-

secuencia de una lesión orgánica y competencia de los médicos, que empezaron a llamarse psiquiatras cuando se especializaban en este tipo de enfermedades. Comenzó entonces la busca de las alteraciones o lesiones subyacentes en el sistema nervioso que fueran causantes de las manifestaciones del problema; lo que se «veía» del problema no eran más que los síntomas que nos indicaban la existencia de una alteración orgánica interna. Sin duda, las lesiones orgánicas, especialmente las del sistema nervioso, pueden dar lugar a trastornos y discapacidades funcionales, pero, tal como dijimos, las causas orgánicas de los problemas psicológicos no han sido demostradas en absoluto, debido fundamentalmente a la reversibilidad de los síntomas psicológicos, de los que no se ha encontrado huella en la estructura orgánica ni en la analítica bioquímica. Es más, en muchas de las ocasiones en que aparece alguna lesión o alteración biológica acompañando a un problema psicológico es difícil concluir si ésta es causa o consecuencia. Por ejemplo, las alteraciones halladas en la actividad cerebral en personas que muestran un comportamiento deprimido (análisis de los niveles de determinados neurotransmisores) no se sabe si son la causa de dicho comportamiento o, más probablemente, la consecuencia del mismo. Por otra parte, la existencia de una lesión orgánica no excluye el tratamiento psicológico paralelo: por ejemplo, una persona con síndrome de Down que participa en un programa de entrenamiento para aprender a hablar, a leer, a vestirse, a utilizar diversos objetos, etc. O una persona diagnosticada de esquizofrenia, que después de recibir la medicación adecuada puede tener un tratamiento conductual que le facilite vivir con su trastorno y que le ayude a prevenir las fases agudas del mismo.

Resumiendo, según el modelo médico de los trastornos psicológicos, las alteraciones conductuales que se manifiestan en una persona no son otra cosa que síntomas o signos de algún trastorno orgánico subyacente (posiblemente una alteración o lesión cerebral). Tal trastorno subyacente sería la causa de las alteraciones observables, por lo que el tratamiento iría dirigido a eliminar la lesión o alteración en cuestión (la mayoría de las veces mediante la utilización de fármacos).

La aplicación del modelo médico generalizado a los problemas psicológicos ha sido muy criticada tanto desde la medicina como desde la propia psicología. Una de las cuestiones fundamentales que dan cuenta de por qué no es un modelo útil en psicología es que, en la inmensa mayoría de los problemas, no se han encontrado esa supuesta base orgánica que sería la causa de los síntomas visibles. Ello nos lleva a lo que se ha denominado razonamiento circular, es decir, se le da un nombre a un conjunto de síntomas y después se utiliza ese mismo nombre como si tuviera entidad propia, para explicar la ocurrencia de tales síntomas. Por ejemplo, se ha denominado depresión a un conjunto de respuestas tales como llanto excesivo, apatía, sentimientos de tristeza, desinterés, falta de ganas de vivir, etc., y, en consecuencia, cuando una persona presenta estos comportamientos se explica diciendo que «tiene depresión», como si existiera algo llamado «depresión» que sería el responsable de los comportamientos señalados. El razonamiento circular permite decir que llora porque tiene depresión y tiene depresión porque llora.

Otra cuestión, que ya hemos señalado, es la imposibilidad de tratar los problemas psicológicos como enfermedades, al no cumplir las dos condiciones esenciales que definen la enfermedad: tener una etiología específica y un conjunto de síntomas también concreto. Usar el concepto de enfermedad de forma similar a como se define en medicina no tiene sentido cuando nos referimos a los problemas psicológicos. Usar el término enfermedad y añadir el término mental ni acota el concepto ni resulta útil para explicar, predecir o modificar el comportamiento problema en una persona en un contexto determinado. Pero existe algo todavía más relevante que dificulta la utilización de un tratamiento de tipo médico a los problemas psicológicos (o mejor dicho, un tratamiento psiquiátrico; como hemos dicho, éste es el nombre de los especialistas médicos que se ocupan de este tipo de trastornos), y esto es la inoperancia o inutilidad de los fármacos para solucionar problemas de comportamiento (que es lo que son los problemas psicológicos). Por otra parte, los psiquiatras utilizarían el nombre de enferme-

dad mental o psíquica, por oposición a las enfermedades orgánicas o físicas de las que se ocuparían sus colegas (médicos no psiquiatras). No vamos a repetir aquí lo que explicábamos en el capítulo anterior sobre la inadecuación del dualismo cartesiano para entender el funcionamiento del ser humano y por tanto lo incorrecto del adjetivo «mental» aplicado a los problemas psicológicos. Vamos a ver, sin embargo, por qué el tratamiento farmacológico, utilizado con exclusividad, no es el más adecuado.

Resulta evidente que si consideramos que el comportamiento problema es aprendido, a través de determinadas experiencias de la persona, serán positivas todas aquellas cosas que se hagan en el tratamiento que faciliten las condiciones para que tal persona aprenda un modo alternativo, no problemático, de adaptarse a la situación. Entonces podríamos preguntarnos: ¿sobre qué bases se lleva a cabo un tratamiento farmacológico en psiquiatría? Si la respuesta es, exclusivamente, modificar las alteraciones fisiológicas, neuroquímicas, neurológicas o de cualquier otro tipo que son causa de los síntomas manifiestos, tal tratamiento no es suficiente. Pero existe otra respuesta posible y es que utilicemos fármacos para facilitar el aprendizaje de los comportamientos alternativos que permitan la solución del problema. En este sentido, el tratamiento farmacológico puede ser muy útil en algunos casos y la actuación conjunta de fármacos y tratamiento psicológico resultará muy positiva. Desde esta perspectiva, uno de los supuestos del tratamiento farmacológico es que no se trata de *curar* una «enfermedad mental» debida a algún tipo de alteración biológica, sino de provocar un estado favorable en el individuo que toma la medicación (disminución de la actividad general del sistema nervioso o cualquier otro) que reduce las posibilidades de interacción negativa con el medio estimular. En la actualidad, en los centros de salud, se suele trabajar en equipos multiprofesionales, conjuntamente psicólogos, psiquiatras o neurólogos, asistentes sociales, etc.

Siguiendo la línea argumental expuesta en el primer capítulo, el comportamiento humano es aprendido en su mayoría; cuando hablamos de comportamiento no nos

referimos exclusivamente al (mal) denominado comportamiento *normal* sino a cualquier tipo de comportamiento y, por lo tanto, también al (mal) denominado comportamiento *anormal* (desadaptativo o problemático). Es verdad que el ser humano tiene una base genética que de alguna forma sienta las bases para el aprendizaje, pero en ningún caso los factores heredados o constitucionales definen el desarrollo de la persona (y sólo en algunos casos lo limitan, como puede ser una alteración cromosómica que dé lugar a algún tipo de deficiencia). Por ello, tanto el comportamiento adecuado, no problemático, como el inadecuado o problemático se rige por los mismos principios y leyes del aprendizaje, que veremos con cierto detalle en el siguiente capítulo. No existe una diferencia cualitativa entre ambos tipos de comportamiento, sino que es una diferencia de grado, cuantitativa. En este sentido, el llanto de una persona «con depresión» es idéntico cualitativamente al de una persona momentáneamente triste, pero presenta algunas diferencias cuantitativas: es más frecuente, más intenso y más duradero. Podríamos entender el comportamiento como un continuo que en alguno de sus tramos puede llegar a resultar problemático. La función del psicólogo ha de ser la de analizar dicho comportamiento hasta encontrar las variables de aprendizaje que lo mantienen; y después de esto, diseñar un procedimiento de aprendizaje que permita a la persona «desaprender» el comportamiento inadecuado y aprender el alternativo adecuado. Como se puede comprobar, nada que ver con el tratamiento psiquiátrico. Si un comportamiento aprendido resulta inadecuado, de poco sirve que el individuo sea medicado con pastillas, porque en absoluto las pastillas le enseñarán el comportamiento adecuado. Veamos un ejemplo: imaginemos a un joven de veinte años, lo llamaremos Manuel, a quien su novia acaba de dejar. Manuel se ha quedado «hecho polvo», se ha encerrado en su habitación, ha dejado de ir a la Universidad y se pasa todo el día tumbado en la cama, mirando una y otra vez las fotos de su ex novia y escuchando las canciones que les gustaban a los dos. Ha llenado su habitación con los regalos que le hizo, los recuerdos y las fotos. No come, apenas duerme y sus padres

empiezan a estar muy preocupados. Después de varias semanas (depende del aguante de los padres) deciden consultar al médico quien les da una cita para el psiquiatra. Manuel no quiere ir, no tiene ninguna gana (o ninguna fuerza) de hacer nada para sentirse mejor, lo único que cree que lo haría sentir bien sería que su novia lo quisiese. Pero ante las presiones familiares, accede a ver al psiquiatra quien, tras una serie de preguntas y al comprobar que hay un elemento desencadenante claro de la conducta actual de Manuel, decide que tiene depresión, de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV; y entonces, de acuerdo con tal diagnóstico, le receta un antidepresivo. Evidentemente no le manda ningún tipo de analítica para confirmar que «tiene» depresión, su comportamiento es suficientemente claro. Pero tampoco analiza las variables psicológicas que hacen que ese comportamiento se mantenga, siendo tan desagradable para el propio Manuel; y no lo hace porque según el modelo en que se basa y que hemos explicado antes, el comportamiento de Manuel es así porque «tiene» depresión. He aquí un ejemplo del razonamiento circular: el comportamiento de Manuel nos indica claramente que tiene depresión y esa depresión es lo que hace que Manuel llore, no vaya a la Universidad, no coma y todas las demás conductas que hace desde que la novia lo dejó. Total, que Manuel se irá con la receta para las pastillas y una nueva cita para dentro de un mes, en la que se aumentará o disminuirá la dosis, en función de cómo Manuel se sienta entonces.

¿Y qué le ocurrirá a Manuel? Pues si empieza a tomar las pastillas, probablemente se sienta un poco más animado y, debido a ello, empiece a salir y a realizar actividades, con lo cual es probable que salga de la depresión; o tal vez no, si persiste en permanecer encerrado en la habitación llorando por la novia perdida. Es decir, lo que hace que Manuel mantenga su comportamiento deprimido es precisamente su empeño en encerrarse a esperar que ocurra el milagro de despertarse y sentirse feliz; y eso es muy difícil por muchas razones, pero sobre todo porque Manuel piensa que es imposible sentirse feliz sin su novia. Así que puede tomar todas las pastillas del mundo

que, como no salga de su encierro y *aprenda* a vivir sin su novia, no va a superar su problema. ¿Cómo ha llegado Manuel hasta este punto? Es normal que cuando nos ocurre algo desagradable (o terrible, como puede ser la muerte de alguien querido), los primeros días nos sintamos hundidos, incapaces de hacer nada. Esta reacción es absolutamente lógica y explicable por el dolor que nos causa lo que haya ocurrido. Pero si continuamos con ese comportamiento de encierro, de alejamiento de lo que hasta entonces había consistido nuestra vida y nuestra fuente de satisfacciones, entonces *aprenderemos* una forma inadecuada de reaccionar a eso desagradable que nos ha ocurrido, que nos traerá consecuencias problemáticas. Es decir, cuando a Manuel lo dejó su novia, encontró una forma de paliar la pena que sentía, que era mirando mil veces sus fotos; para él era una forma de tenerla y le hacía sentirse mejor. Pero cuantas más veces las miraba y cuantas más veces se decía que sólo podría ser feliz con ella, más difícil se le iba haciendo el intentar seguir viviendo sin ella. Decimos que la conducta de aislamiento de Manuel está siendo reforzada, fortalecida por ese consuelo inicial que encuentra el chico cuando mira las fotos de su novia. Es verdad que estamos haciendo una explicación muy simplista de la conducta de Manuel, pero queremos describir de una manera sencilla cómo se aprende el comportamiento deprimido. Manuel se despierta por las mañanas y ve las fotos de su ex novia y piensa: «¿para qué me voy a levantar si ella no está conmigo?», así que decide quedarse en la cama. Cuantos más días pasan, menos fuerza tendrá para salir; las cosas que se dice sobre lo horrible que es el mundo sin ella, el estar continuamente evocando los recuerdos de cuando estaban juntos, los propios recuerdos y fotos que abarrotan la habitación no son sino elementos que mantienen este comportamiento deprimido. Y aquí de poco sirven las pastillas. Manuel ha aprendido a estar deprimido (sin querer, por supuesto; en el próximo capítulo explicaremos con más detenimiento los principios de aprendizaje) y ahora tiene que desaprender y aprender a vivir sin su novia. Y, lamentablemente, los antidepresivos no enseñan esto. No se puede concluir de aquí que las pastillas

sean «malas», lo que queremos decir es que, al menos, no son suficientes y, en muchos casos, son innecesarias. Antes decíamos que podía ser que Manuel se sintiese un poco más animado tomando lo que le recetó el psiquiatra; si así fuese quizá en algún momento se decidiría a salir de la habitación y a empezar a hacer cosas. Desde luego no iba a ocurrir que de golpe iniciase de nuevo la vida que había llevado hasta que la novia lo dejó, pero poco a poco aprendería a enfrentarse a los cambios de su vida. Y esta fuerza inicial que le permitiría aprender se la pueden haber dado los antidepresivos. Por eso, en situaciones de crisis intensa, como puede ser la muerte de un ser querido, quizá una medicación adecuada pueda ayudar a superar esos primeros momentos; ahora bien, en el caso de persistir el comportamiento inadecuado, la asistencia psicológica se hace indispensable (o corremos el riesgo de que las pastillas se hagan indispensables para *malvivir).*

Vamos a ver otro ejemplo de la inadecuación de los fármacos para el tratamiento de los problemas conductuales. Imaginemos el caso de una mujer de treinta y ocho años, Silvia, que no es capaz de salir sola de su casa desde hace más de diez años. Hasta el momento se fue arreglando, su marido hacía las cosas por ella y sus dos hijos la acompañaban siempre que era necesario. Trabajaba en una empresa y el marido la llevaba hasta la puerta y la iba a recoger todos los días. Hasta este momento, ella sabía que tenía un problema pero no interfería lo suficiente en su vida para que se decidiese a buscar ayuda profesional. Pero hubo algunos cambios en su vida que le hicieron tomar esa decisión: la empresa donde trabajaba su marido cambió de ubicación y ya no podría seguir llevándola al trabajo, sus hijos se empiezan a hacer mayores y se cansan de tener que acompañar a mamá a todos los sitios, etc. Silvia se empieza a sentir mal, la organización de su vida que hasta el momento le había servido empieza a fallar y es entonces cuando decide acudir al médico. La primera visita la realiza al de cabecera, quien la encuentra verdaderamente angustiada porque no sabe cómo va a resolver su problema, éste con el que había estado viviendo casi un tercio de su vida pero que

es ahora cuando empieza a resultar incapacitante para ella. El médico la envía al psiquiatra que, en un primer momento, le diagnostica agorafobia y le receta diversas pastillas, concretamente, ansiolíticos y antidepresivos. El primer problema que se le presenta a Silvia ahora es el de vivir con su diagnóstico; ha pasado de ser una persona feliz, adaptada a su vida, a ser una enferma, una agorafóbica. No sabe bien qué es eso, pero en unos días se empieza a dar cuenta de que ese problema existe y muchas personas lo padecen: en la televisión hay programas sobre el tema, existen asociaciones de agorafóbicos, en el periódico cuentan cosas sobre la enfermedad... Total, que se da cuenta de que ha vivido en la más absoluta ignorancia durante años, sin saber que era una enferma y ahora no sabe bien qué hacer ni qué se espera de ella. El peso de la etiqueta cae sobre su vida. Y lo peor es que la información que le llega es realmente preocupante: es un problema crónico con el que hay que aprender a vivir (como el cáncer o la diabetes), no tiene curación y se ha de estar medicando toda la vida. Esto sí que le asusta verdaderamente, es una enferma y además tiene miedo de convertirse en una adicta a las pastillas. Esta información seudocientífica que difunden los medios de comunicación (y, lamentablemente, también algunos profesionales de la salud) puede ser verdaderamente perjudicial para las personas que padecen problemas psicológicos y la tarea del psicólogo ha de ser clarificadora, en el sentido de ajustarla a la realidad y proporcionar información realista y fundada en conocimientos científicos. Lamentablemente no todas las personas que leen sobre temas de salud, y se ven afectadas por ello, están en contacto con alguien que les pueda aclarar lo incorrecto, acientífico y sensacionalista de la información que leen.

Bien, siguiendo con el caso de Silvia, el psiquiatra le ha dicho que al cabo de un tiempo de medicarse se sentiría mejor y ella espera que esto suceda así. Como en el caso de Manuel, vamos a imaginar que efectivamente, al cabo de algún tiempo, empieza a salir a algunos sitios sola; por ejemplo, se atreve a hacer el trayecto de casa al trabajo y vuelta, siempre siguiendo el mismo itinerario que le va dando confianza. Con ello soluciona su pro-

blema más inmediato; eso sí, lleva las pastillas en el bolso como si de un amuleto protector se tratase, ya que ella está convencida de que es gracias a las pastillas por lo que puede salir de casa; cree que sin ellas no podría hacer nada. Pero un día parece que se levantó con mal pie y las cosas se complican por la mañana: un hijo tiene fiebre, el otro se da cuenta de que no ha echado a lavar la ropa de gimnasia y tiene la clase a primera hora de la mañana, se vierte la leche cuando está haciendo el desayuno, su marido está fuera de sí porque no encuentra unos papeles imprescindibles que necesitaba para hoy mismo, en fin, todas las desgracias que podamos imaginar para esa hora y ella, con el ajetreo, se olvida de tomar la pastilla. Sale corriendo porque llega tarde a la oficina y cuando va en el metro se da cuenta de que no la ha tomado; busca en el bolso, no la encuentra, se empieza a poner nerviosa, ella no puede salir sin pastilla a la calle, sigue buscando, cada vez más histérica... pero las pastillas han quedado sobre la mesilla de su dormitorio. Así que se baja en la primera estación, siente que no va a ser capaz de llegar a casa, que se va a morir. Aquí pueden pasar muchas cosas, desde que se maree, se desmaye y alguien la lleve a urgencias o que consiga llegar a su casa y encerrarse de nuevo en ella, aprendiendo que no puede vivir sin pastillas y que no volverá a salir. Sea lo que sea, Silvia es ahora una enferma que está convencida de que todo lo que ha hecho hasta ahora ha sido gracias a la medicación y que sin ella no puede vivir. Si se ha puesto mal en el metro esa mañana ha sido porque se olvidó las pastillas, de modo que el problema está totalmente fuera de su control.

En el caso de Silvia, finalmente alguien le recomendó un psicólogo y ella fue «a probar». Mientras tanto volvió al psiquiatra y éste le aumentó la dosis, puesto que llegó con un nivel de ansiedad muy elevado; pero al mismo tiempo visitó a un psicólogo quien, después de varias sesiones de evaluación, le explicó en qué consistía su problema y cómo se estaba manteniendo y diseñó un programa de intervención dirigido a enseñarle a comportarse en las situaciones que ella temía. Por ejemplo, qué hacer cuando en el metro se encontró sin las pastillas y se empezó a poner histérica. El objetivo primordial sería llegar

a clarificar cómo aprendió a comportarse de esta manera que se había denominado *agorafóbica* y cómo podía *desaprender* siguiendo un proceso similar. En definitiva, se trataría de explicarle que no es una enferma, que no hay nada dentro de ella que le obligue a comportarse como lo hace sino que puede hacerlo de otra forma más positiva para ella; sólo tiene que aprender y el psicólogo le puede enseñar. Al cabo de unos meses, Silvia había empezado a salir sola de su casa, su estado de ánimo había mejorado considerablemente y el propio psiquiatra, al ver los avances, redujo la medicación hasta suprimirla. Cuando esto ocurrió, Silvia tuvo que enfrentarse al temor inicial de que ahora sin pastillas no podría «funcionar», pero pronto comprobó que era capaz de seguir haciendo las mismas cosas y eso fue lo que la condujo a la superación definitiva de su problema.

En resumen, para concluir el tema del tratamiento farmacológico de los problemas psicológicos, podemos afirmar que en algunos casos puede ser útil, preferiblemente en los momentos iniciales de la intervención y siempre como algo que hay que suprimir en el plazo más breve posible, cuando el cliente empiece a desarrollar nuevas estrategias de afrontamiento para los problemas por los que consulta.

Nos queda una última cuestión por tratar respecto a las categorizaciones de trastornos características del modelo médico. Cuando se etiqueta un problema psicológico lo que se está haciendo es agrupar, de modo más o menos estructurado, un conjunto de comportamientos que son inadecuados respecto a un grupo social concreto y en un momento temporal determinado. De esta manera se construyen las clasificaciones psiquiátricas que tienen aspectos positivos indudables pero que son inútiles a la hora de establecer un tratamiento *psicológico*. Algunos de estos aspectos positivos son los siguientes: facilitan la comunicación entre profesionales, de modo que si decimos que Silvia, la mujer de nuestro ejemplo anterior, tiene agorafobia, entendemos que le cuesta salir sola de casa y se pone muy nerviosa en los lugares públicos, sobre todo si hay mucha gente, entre otras conductas que se engloban bajo esta denominación. O si hablamos de un *tras-*

torno depresivo mayor entendemos que se refiere a alguien con un estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, con una importante disminución del interés en la mayoría de sus actividades habituales, con problemas de sueño, ideas de muerte recurrentes, etc.

Pero la pregunta fundamental que se plantea el psicólogo ante esos diagnósticos es la siguiente: ¿cómo procedo yo ahora para diseñar un programa de tratamiento? Ya sabemos que tiene agorafobia, o una depresión de tal o cual tipo, pero, ¿me dice ese diagnóstico cuál es el tratamiento psicológico más adecuado? La respuesta es no. Las categorías psiquiátricas no son más que simples etiquetas verbales cuyo valor es puramente descriptivo y en absoluto indican un plan terapéutico. Quiere esto decir que, en lo que respecta a los problemas psicológicos, decir de alguien que «tiene» depresión no es decir nada. Nos podemos hacer una idea de que esa persona se siente triste y abatida, probablemente sin gana de hacer nada; pero para el psicólogo esta etiqueta no sirve, no le dice nada de cuál es el comportamiento concreto de la persona de quien se dice que tiene depresión y mucho menos, no puede saber nada acerca de cuál será la intervención terapéutica adecuada. La aplicación del modelo médico a los problemas psicológicos no es, entonces, útil. Si una persona tiene gripe, el médico con sólo oír el diagnóstico sabrá inmediatamente el tratamiento; o si tiene una infección en la boca, inmediatamente pensará en un antibiótico (amoxicilina, por ejemplo); o si tiene tuberculosis, u hongos, o malaria, o sífilis, o... podrá establecer un plan terapéutico. Da lo mismo con cualquier ejemplo, el diagnóstico en medicina lleva prácticamente implícito el tratamiento. Un médico en su consulta le dice a un paciente con fiebre, dolor de cabeza, tos, malestar general, que tiene gripe y le receta el tratamiento correspondiente; y al siguiente paciente, si tiene síntomas similares y el diagnóstico es idéntico, le receta lo mismo; y así sucesivamente. Pero un psicólogo en su consulta recibe a una persona con «depresión» y no aplica el mismo tratamiento que a la persona siguiente, aunque ésta también «tenga» depresión. La actuación del médico es similar en todos los casos y la del psicólogo es diferente también en todos los casos.

Por estas razones, intentar trasladar este modelo a la psicología ha constituido un fracaso y además, a pesar de que muchos clientes del psicólogo se empeñan en saber «qué tengo», suele ser contraproducente etiquetar un problema, pues sobre el individuo inmediatamente caerá el peso de la enfermedad y, como consecuencia, corremos el riesgo de que se sienta estigmatizado por ella: «¡Tengo depresión!» o «¡tengo una neurosis histérica!» o «¡soy un paranoico!» Es decir, «soy un enfermo, un ser pasivo sobre el cual el profesional experto va a aplicar un tratamiento que, una vez que haga efecto, me hará sentir mejor; yo no tengo que hacer nada más que esperar a que se me pase». Y este pensamiento ocurrirá en el mejor de los casos, cuando con la etiqueta no caiga sobre el paciente (y ahora sí es correcto este término) el peso de un trastorno crónico e irremediable, una locura de la que no va a poder salir. Éste puede ser el caso, si nos dicen que tenemos depresión y, a partir de ese momento nos declaremos vencidos cuando tengamos alguna reacción inadecuada ante cualquier adversidad: «Es que tengo depresión, no puedo hacer otra cosa»; «no, no voy con vosotros porque tengo depresión, os fastidiaría el día». La depresión justificará cualquier conducta inadecuada, es como una losa de la que ya no nos podremos librar y la que, una vez que nos han diagnosticado, explicará todos nuestros comportamientos. Lloraremos «porque tenemos depresión», nos sentiremos apáticos «porque tenemos depresión» y se nos irá el apetito «porque tenemos depresión».

Quizá parezca que estamos exagerando el tema, pero realmente en la clínica (y también en la vida cotidiana) es frecuente oír cosas así. Por eso nos gustaría que quedase totalmente claro lo inútil, inadecuado y en muchas ocasiones, nocivo de etiquetar los problemas psicológicos. Cuando una persona acude al psicólogo, lo que se espera de ella es que trabaje para sentirse mejor, ya que el cambio, la solución del problema, depende de ella y sólo de ella (evidentemente, como dijimos cuando explicábamos por qué preferíamos la denominación cliente a la de paciente, el psicólogo también juega su papel).

Sólo nos queda un punto que aclarar en el tema de cómo entender los problemas psicológicos, y nos referimos a esa concepción, tan difundida en algunos ámbitos, de que el psicólogo se ocuparía de problemas sencillos y el psiquiatra de los problemas difíciles. Desde luego, si por problemas difíciles entendemos aquellos que requieren medicación, sin lugar a dudas el tratamiento psicológico se ha de complementar con el farmacológico, para lo que se necesita el trabajo más o menos coordinado o conjunto del psicólogo y el médico (sea éste psiquiatra, neurólogo o de alguna otra especialidad). Es el caso, tal como decíamos antes, de los problemas psicóticos. Ahora bien, si por difíciles entendemos aquellos que provocan más malestar al individuo que los padece, tal diferenciación no tiene sentido: una persona como Silvia, con un problema agorafóbico desde hace diez años, no tiene necesariamente por qué requerir tratamiento farmacológico. Es más, el tratamiento farmacológico puede ser contraproducente por las razones que exponíamos antes: la persona puede atribuir sus avances a la medicación y no a las estrategias que está aprendiendo. O imaginemos un caso con intentos de suicidio o problemas obsesivo-compulsivos o cualquier otro que se nos ocurra: por muy invalidantes que sean, por mucho que impidan a la persona que los padece desarrollar una vida *normal* (o desarrollar la vida que desearía llevar), pueden ser difíciles pero pueden llevarse a cabo desde una perspectiva comportamental, con independencia de que, según el caso, sea recomendable el uso de fármacos para paliar algunas molestias que tenga el paciente.

También existe la visión popular de que el psicólogo es cosa de niños, se ocupa de los problemas infantiles; u otra distinta, de que es cosa de locos, por lo que pedir tratamiento psicológico implica reconocerte como «loco». Tal como hemos visto hasta ahora, nada más lejos de la realidad. La definición de problema clínico que hemos planteado, la conceptualización de los problemas psicológicos como problemas de comportamiento aprendidos, cualitativamente iguales a los comportamientos no problemáticos, de los que sólo difieren en cuestiones de grado o función, nos ha de tranquilizar a este respecto:

acudir al psicólogo, considerar que necesitamos ayuda psicológica no es nada malo; simplemente es reconocer que nos enfrentamos a un problema en nuestra vida que afecta a nuestra forma de sentir, de estar en el mundo, que no somos capaces de resolver por nosotros mismos. No es algo vergonzoso ni definitivo, como no lo es acudir a un abogado o a un fontanero. Los comportamientos se aprenden y se pueden desaprender y la mayoría de las soluciones no son difíciles de aplicar, pero no tenemos por qué saber hacerlo, no somos especialistas en comportamiento humano. Un psicólogo está facultado para serlo.

En el capítulo siguiente veremos los principios de aprendizaje que van a ser aplicados a la modificación del comportamiento problemático, para posteriormente pasar a ver cómo se resuelven tales problemas.

LECTURAS RECOMENDADAS

KANFER, F. y PHILLIPS, J. (1976), *Bases del aprendizaje en terapia de conducta*, México, Trillas.

RIBES, E. (1990), *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*, México, Trillas.

ULRICH, R.; STACKNICK, T. y MABRY, J. (1978), *Control de la conducta humana* (vols. I, II y III), México, Trillas.

CAPÍTULO III

Comportamiento y aprendizaje

Uno de los temas fundamentales de estudio en psicología es el del aprendizaje y la investigación sobre las condiciones en las cuales las personas aprendemos, en el sentido de cambiar potencialmente nuestro comportamiento como consecuencia de la experiencia. En los capítulos anteriores planteábamos que el tratamiento de los problemas clínicos en psicología se hacía partiendo de las leyes o principios fundamentales del aprendizaje. También planteábamos que los problemas psicológicos de las personas adultas se entendían como comportamientos que en un momento o situación concreta resultaban inadecuados (lo que en su momento se llamó, tal como explicamos, *comportamiento anormal)* y que se habían aprendido de la misma forma, siguiendo los mismos principios, que cualquier otro comportamiento *(comportamiento normal).* La resolución del problema pasaba entonces por *desaprender,* eliminar, esos comportamientos inadaptativos y, en su caso, aprender otros nuevos, adaptativos. Por esta razón, el conocimiento y manejo de los principios básicos de aprendizaje es fundamental para la práctica de la psicología clínica. Aunque en apariencia los procedimientos de intervención psicológica (técnicas, habilidades personales y sociales, etc.) puedan parecer muy sencillos y aplicables por cualquier persona, sea o no sea

psicólogo, estos procedimientos no serían absolutamente nada si no estuvieran sustentados y explicados por las leyes del aprendizaje. No es extraño escuchar: «¿Y eso es lo que te ha dicho el psicólogo?»; «¿y en esto va a consistir el tratamiento, en hacer cosas?»; «¿y para eso hay que estudiar una carrera?» Pues efectivamente, así es, hay que estudiar mucho y aprender muchas habilidades y conocimientos científicos para desempeñar la profesión de psicólogo clínico. Las cosas que hace y dice el psicólogo nunca son porque sí, porque en ese momento se le ocurre y tiene una intuición de que algo funcionará. Ni tampoco son una sucesión de pasos sistematizados que podría repetir cualquiera, ni de aparatos que provocan los cambios solos. Por ejemplo, el *pipí-stop*. Probablemente muchos de ustedes habrán oído hablar de este aparato y sabrán de qué se trata o lo relacionarán, con mucha razón, con un problema infantil bastante habitual: hacerse pis en la cama. El *pipí-stop* es un aparato que se utiliza por las noches, cuando el niño se acuesta, y consiste en un dispositivo que activa un timbre o un zumbido tan pronto el niño empieza a hacer pis; a la primera gota, el aparato suena y el niño se despierta.

Muchos niños (sobre todo varones) tienen dificultades para adquirir el control de esfínteres nocturno, aunque durante el día controlen perfectamente. Cumplen los cuatro, los cinco años y continúan haciéndose pis por las noches. Al principio los padres no se preocupan demasiado, consideran que ya se les pasará y empiezan a idear cosas para que este problema sea lo menos molesto posible: se turnan para despertarse a las horas que consideran que el niño se va a hacer pis, con el objetivo de «acertar» y sorprenderlo aún seco, para llevarlo al baño y que no moje la cama; ponen una serie de gomas, mantas, sábanas cruzadas y protectores de todo tipo para que no se estropee el colchón y no haya que mudar la cama todos los días, prohíben al niño beber desde las seis de la tarde, etc. Además suelen existir antecedentes familiares y, como a papá o al tío Enrique también le pasaba, pues no hay de qué preocuparse, cuando vaya a la mili se le pasará.

Sin llegar a estos extremos, es verdad que si bien al principio los padres lo llevan con relativa tranquilidad, al

cabo del tiempo empiezan a preocuparse y, sobre todo, a cansarse de tanto mojado y tanta noche despertándose. Y toman una decisión: «¡Tenemos que ir a ver a un especialista!» El especialista puede ser el médico de cabecera, el pediatra, el urólogo, hasta el farmacéutico y, en algunos casos, el psicólogo. No vamos a hablar de lo que hacen los demás profesionales (los más sensatos lo remitirán sin lugar a dudas al psicólogo), nos vamos a centrar en la actuación del psicólogo. El problema de la enuresis nocturna es un problema de comportamiento que se deriva de un aprendizaje inadecuado del control de esfínteres: simplemente el niño no ha aprendido a despertarse ante la estimulación de la vejiga llena. La explicación de por qué aparece el problema es multicausal y no vamos a profundizar en ella aquí, si bien al final de los siguientes capítulos se citan algunos libros donde se puede encontrar más información. En muchos casos la enuresis se desarrolla precisamente porque los padres, en un intento de evitar que el niño moje la cama cuando le empiezan a quitar los pañales, lo despiertan varias veces a lo largo de la noche para ponerlo a hacer pis, y con esta conducta impiden que el niño aprenda.

El caso es que el psicólogo realizará una exhaustiva evaluación del comportamiento del niño y de los padres en lo que se refiere a la micción y a cualquier otra conducta que considere relevante (es decir, que sus conocimientos le digan que puede serlo) y, finalmente, con mucha probabilidad, decidirá utilizar el *pípi-stop*. En este punto cabe destacar dos cosas: primero, que el *pípi-stop* se utiliza para el tratamiento de la enuresis nocturna cuando, tras una correcta y completa evaluación, el psicólogo decide que, de entre las diversas formas de tratamiento del problema, la utilización del aparato despertador es la más adecuada. Y segundo, y en este punto nos vamos a extender más todavía, el *pipí-stop* es un aparato que forma parte del tratamiento, y no el tratamiento en sí. ¿Qué quiere decir esto? Pues que no es el aparato el que hace que al niño «se le pase» la enuresis, sino que el aparato forma parte del procedimiento que permite al niño *aprender* (y esto es lo fundamental) a controlar sus esfínteres cuando está durmiendo, de modo que se podrá

despertar con las señales que la vejiga llena envía al cerebro. El *pipí-stop* no es el tratamiento sino uno de los medios para llevarlo a cabo. Igual que una jeringa no es el tratamiento de un infección, sino el antibiótico que contiene o el aparato de radioterapia no es el que cura el cáncer, sino las emisiones del mismo, y para utilizarlos hace falta saber qué se está haciendo y cómo, el *pipí-stop* requiere de unos conocimientos previos que tiene el psicólogo que permiten obtener los resultados que se desean. Así que cuando un padre o una madre vienen a consulta y nos dicen que su hijo tiene enuresis, que les demos un «aparatito de ésos», o más todavía, van a la farmacia con el objetivo de comprarlo directamente, tenemos que explicarles que no es posible, igual que no es posible que vayan al fabricante a comprar un aparato de rayos. O mejor dicho, sí es posible pero no les serviría de mucho si no conocen los procedimientos de condicionamiento por asociación de estímulos y las leyes del aprendizaje.

Pasemos entonces a describir, de la manera más sencilla posible y aún a riesgo de simplificar demasiado los procedimientos de aprendizaje, cómo aprendemos y cómo se pueden utilizar estos conocimientos en la práctica clínica.

Los procedimientos de aprendizaje se han clasificado de la siguiente manera:

1. Aprendizaje no asociativo: habituación y sensibilización.
2. Aprendizaje asociativo: condicionamiento clásico y operante.
3. Aprendizaje perceptivo: configuración y aprendizaje por observación.
4. Aprendizaje simbólico: lenguaje, aprendizajes complejos, etc.

En el área de clínica, los que más nos interesan son los aprendizajes asociativos y el aprendizaje por observación, así que en ellos nos vamos a centrar, remitiendo al lector interesado a cualquiera de los libros sobre psicología del aprendizaje que hay publicados en castellano, al-

gunos de los cuales se citan al final de este capítulo. No obstante, vamos a ver los conceptos básicos de los tipos de aprendizaje citados, empezando por los más sencillos, los aprendizajes preasociativos.

EL APRENDIZAJE PREASOCIATIVO

¿Qué entendemos por habituación? Se produce un fenómeno de habituación cuando el organismo se acostumbra a la presencia de un determinado estímulo o respuesta y como consecuencia deja de responder. Por ejemplo, nos habituamos al ruido de los aviones cuando vivimos cerca de un aeropuerto, hasta el punto de que nos parece como si tal ruido no existiera. Sin embargo, cuando alguien nos viene a ver a casa no entiende cómo podemos soportar ese nivel de ruido. También nos habituamos a levantarnos a las siete de la mañana para ir a trabajar o a estudiar ocho horas seguidas en período de exámenes. Para que se produzca habituación se tienen que dar unas condiones determinadas, por ejemplo, que el período de exposición al estímulo, es decir, el tiempo durante el cual lo tenemos presente ha de ser suficientemente grande: hemos de vivir durante meses o incluso años oyendo el ruido para habituarnos a él (evidentemente, hay personas que se habituan antes e incluso las hay que no se habituan nunca); la intensidad del estímulo, la frecuencia con la que se nos presenta también determina el proceso de habituación y otros muchos factores sobre los que se habla con profusión en los libros citados.

El fenómeno contrario a la habituación se denomina sensibilización, que consiste en responder con la misma intensidad a estímulos cada vez más débiles. Por ejemplo, nos sensibilizamos a las ostras cuando en alguna ocasión sufrimos una intoxicación, de manera que si comemos una ostra que no está en las mejores condiciones, nos produce un efecto tan fuerte como si estuviese en pésimo estado, cuando al resto de los comensales no les afectó en absoluto. También nos sensibilizamos a un medicamento o a cualquier estimulación aversiva, respondiendo por

ejemplo, ante una puerta que golpea, con un grito en principio más apropiado al ruido de una bomba al explotar. Decimos entonces que estamos sensibilizados a los ruidos, ya que reaccionamos ante uno poco intenso como si fuese de mucha intensidad. También nos sensibilizamos a algunas personas: si alguien nos cae muy mal, cualquier cosa que nos diga, aunque sea la más mínima tontería que en otro no hubiéramos tenido ni en cuenta, nos parece un terrible agravio y podemos reaccionar como ante el más grave insulto; decimos que estamos sensibilizados a esa persona. De la misma forma, alguien que nos parece encantador consigue con facilidad de nosotros cualquier cosa; decimos entonces que somos sensibles a sus demandas.

Cualquiera de estas reacciones son aprendidas, puesto que se producen en función de las experiencias previas, esto es, son fruto de la experiencia. El aprendizaje preasociativo es un tipo de aprendizaje muy simple, que se utiliza poco en la clínica debido a que no es fácil su manejo (aun así hay ciertas técnicas de tratamiento que incluyen principios de habituación y sensibilización).

Los aprendizajes asociativos

El aprendizaje asociativo o por condicionamiento puede ser de dos tipos: aprendizaje por condicionamiento clásico y aprendizaje por condicionamiento operante o instrumental. El aprendizaje por condicionamiento clásico se refiere a la asociación entre dos situaciones estimulares. Por ejemplo, algunas veces asociamos un perro con el mordisco de un perro, un cuchillo con una herida o ir en un coche con un accidente de tráfico, es decir, asociamos dos eventos, dos hechos que *naturalmente* no se dan juntos pero que, por algún proceso previo, para nosotros se presentan asociados.

La mayoría de las personas se suben a los ascensores sin tan siquiera pensar en lo que hacen, pero hay algunas que solamente de pensar que se tienen que subir a un ascensor se sienten morir; ¿es qué un ascensor provoca sentimientos de muerte? Naturalmente que no, pero estas

personas han asociado, mediante un procedimiento de condicionamiento clásico, ascensor con miedo. Cómo se ha producido esta asociación lo vamos a explicar ahora. Los elementos a considerar en el condicionamiento clásico son los siguientes: estímulo incondicionado, al que llamaremos EI, estímulo condicionado (EC), estímulo neutro (EN), respuesta incondicionada (RI) y respuesta condicionada (RC). Estímulo incondicionado es aquel que desencadena una respuesta refleja, persistente, innata, universal, es decir, una respuesta incondicionada. Por ejemplo, comida (EI)-salivación (RI). No aprendemos a salivar ante la comida, es una respuesta innata. Imaginemos que, utilizando el ejemplo típico de condicionamiento clásico, que no es otro que el experimento que dio lugar a que Paulov (fisiólogo ruso y principal exponente del condicionamiento clásico) empezara a estudiar este tipo de aprendizaje, presentamos un plato de comida a un perro; de forma inmediata, incondicionada, éste empezará a salivar. Imaginemos que justo antes de presentar el plato con comida, hacemos sonar un timbre. El timbre sería ese estímulo neutro, denominado así porque, en principio, no produce ninguna respuesta relacionada con comer. La secuencia sería la siguiente: sonido del timbre (EN)-plato con comida (EI)-salivación (RI). Si repetimos esta secuencia varias veces, llega un momento en que al oír el sonido del timbre (EN), antes de que aparezca la comida (EI), el perro empezará a salivar. En ese momento, el estímulo neutro pasa a ser un estímulo condicionado (EC) y a elicitar una respuesta similar a la respuesta incondicionada, denominada respuesta condicionada (RC), en este caso la salivación. En este momento podemos afirmar que el sujeto ha aprendido a asociar el estímulo neutro al estímulo incondicionado (aprende la asociación EN-EI). Como consecuencia de este aprendizaje, tras ver el estímulo —ahora denominado condicionado (EC)— emite la respuesta condicionada (RC). Por esta asociación entre el EI y el EN, el sujeto emite la respuesta antes de que el EI aparezca. Como se puede apreciar, en un proceso de condicionamiento clásico no se aprende respuestas nuevas (el sujeto saliva antes y después del condicionamiento). El sujeto sigue emitiendo las mismas respuestas

pero, eso sí, ahora las emitirá en la presencia de estímulos antes neutros para él (antes no salivaba ante el sonido de la campana y ahora sí).

Vamos a explicar entonces como se produciría el proceso de condicionamiento clásico en las personas que tienen miedo a los ascensores, que era nuestro ejemplo anterior. Pensemos en una persona concreta, vamos a llamarla María. María ha utilizado durante toda su vida el ascensor, de hecho siempre vivió en pisos altos y ni se planteaba subir por las escaleras. Un día como otro cualquiera llegó a su casa, se metió en el ascensor con otro vecino que ya estaba esperándolo y, cuando estaban entre el segundo y el tercer piso, se fue la luz y el ascensor se paró. María se empezó a poner muy nerviosa, cada vez más, empezó a sentir que se ahogaba y a gritar para que la sacasen de allí; los intentos de su vecino para tranquilizarla no sirvieron de nada, hasta que se puso realmente histérica. Fueron pocos minutos, en seguida vinieron a sacarlos de allí, pero a María le parecieron eternos. Cuando salió se sintió mucho mejor, se empezó a calmar y el día terminó tranquilamente. Pero a la mañana siguiente, cuando iba a coger el ascensor para irse al trabajo, sintió miedo, recordó lo que le había ocurrido el día anterior y decidió bajar andando, por si acaso. Cuando regresó a casa por la tarde, al llamar al ascensor, le volvió a ocurrir lo mismo que por la mañana, volvió a sentir miedo y decidió de nuevo subir andando. A partir de entonces, María no fue capaz de subir en ningún ascensor. Podríamos desarrollar toda la historia de cómo una situación anecdótica generó un problema que concluyó con la visita de María al psicólogo (y cómo éste le ayudó a resolverlo con facilidad), pero no es nuestro objetivo en este momento, sino el de explicar el proceso de condicionamiento clásico que subyace a este ejemplo. El EN es el ascensor, y decimos que es neutro porque de forma innata, espontánea, natural, no produce en las personas ninguna respuesta de miedo. El EI es la situación angustiosa, el ascensor parado en medio de dos pisos, con la luz apagada y sin poder salir, que provoca la sensación de ahogo, de falta de aire y opresión en el pecho que constituyen la respuesta incondicionada (RI) de ansiedad ante el susto. Si

alguien nos aprieta el cuello impidiéndonos respirar, nos tensamos, tenemos miedo y pensamos que nos podemos morir ahogados. En el ascensor no había nadie apretando el cuello de María, pero ella sentía como si lo hubiese y su respuesta fue similar. ¿Qué ocurrió entonces? Que María aprendió a asociar el ascensor (EN) con una situación de angustia (EI), de forma que el ascensor se convirtió en un estímulo condicionado que empezó a dar lugar a una respuesta de miedo (RC) similar a la reacción de María cuando se fue la luz y el ascensor se paró (RI). Sin embargo el vecino que iba con ella siguió utilizando el ascensor como si nada hubiera pasado, es decir, no se condicionó, no *aprendió,* no asoció ascensor a susto. Podríamos poner miles de ejemplos de este tipo, pero consideramos que para el lector ya habrá quedado suficientemente claro y en otros capítulos volveremos a tratar el tema, con lo que no queremos ser repetitivos. En cualquier caso, recordamos que en los libros que se citan al final del capítulo se explican los procesos de aprendizaje con más profundidad.

Pasemos ahora al condicionamiento operante. Podemos definirlo como un procedimiento a través del cual el sujeto incrementa o disminuye la probabilidad de aparición de una determinada conducta. Permite, por ejemplo, instaurar una nueva respuesta, hacer desaparecer otras respuestas que una persona emitía habitualmente, etc. Se denominan conductas operantes o instrumentales a aquellas que son función de sus consecuencias (que dependen de éstas). Una gran parte de la conducta humana depende de sus consecuencias; lo que decimos, lo que hacemos, cómo nos vestimos o con quién hablamos se puede modificar alterando las consecuencias de las que dependen estas actividades. La probabilidad de una respuesta, medida por la frecuencia en que ésta aparece, depende de una serie de variables, entre las que se encuentran los estímulos antecedentes y las consecuencias; la probabilidad y las variables que la determinan son las que explican la conducta. Así como en el condicionamiento clásico el individuo aprendía a asociar estímulos, en el condicionamiento operante el sujeto aprende a asociar una respuesta con las consecuencias que ésta pro-

duce. En este sentido, si a una conducta le sigue una consecuencia positiva, aumentaremos la probabilidad de que la conducta se repita en un futuro. Por ejemplo, si me duele la cabeza y al tomarme una aspirima se me pasa, cuando me vuelva a doler tomaré otra aspirina. A estas consecuencias que hacen que la conducta aumente las denominamos refuerzo y al proceso por el cual conseguimos aumentar una conducta, reforzamiento. El reforzamiento puede ser positivo, cuando se añade un estímulo después de la emisión de la conducta (un estímulo generalmente deseable para el sujeto, es lo que normalmente llamamos premio), o negativo, cuando se retira un estímulo (que suele ser indeseable); en ambos casos, al añadir un estímulo o consecuencia deseable o al retirar una indeseable, la respuesta del individuo aumenta. Un ejemplo de reforzamiento positivo sería premiar a un niño con una bicicleta después de haber sacado buenas notas; como ejemplo de reforzamiento negativo nos serviría el de la aspirina. En ambos casos la conducta que está siendo reforzada aumenta su probabilidad de aparición futura, ya sea sacar buenas notas o tomarse otra aspirina, en un caso porque lo que se da después de la conducta es un estímulo agradable (una bicicleta) y en el otro porque se elimina uno desagradable (el dolor de cabeza). Por lo tanto, lo que define el reforzamiento no es una cosa agradable ni desagradable, sino el efecto que produce sobre la conducta a la que sigue, que siempre es de aumento de la misma.

Si, por el contrario, a la conducta le siguen consecuencias indeseables, la conducta tenderá a disminuir, al igual que su probabilidad de que vuelva a aparecer en un futuro. Decimos entonces que la conducta está siendo castigada y denominamos castigo a esas consecuencias que hacen que se reduzca la probabilidad de aparición de la respuesta. Una respuesta puede ser castigada por una consecuencia desagradable para el individuo, por ejemplo, te quedas en casa el fin de semana (consecuencia) por haber suspendido (respuesta) o por la retirada de un estímulo agradable (la retirada del carné de conducir por cometer una infracción de tráfico); en el primer caso decimos que es un castigo positivo y en el segundo, nega-

tivo, pero en cualquiera de los casos, la propiedad que define al castigo es su capacidad para disminuir una conducta (suspender o infringir las normas de circulación).

Veamos más ejemplos cotidianos de reforzamiento y de castigo. Si se ríen con mis gracias, las repito más veces, si me dan dinero por hacer algo estaré dispuesto a repetirlo, si me felicitan por algo bien hecho, lo seguiré haciendo así. Por el contrario, si me dan una bofetada por levantarme de la silla, o me ponen una multa por ir demasiado rápido en la autopista o me quemo la mano al ponerla encima de una estufa caliente, no lo volveré a repetir. A la vista de estos ejemplos podemos comprobar que los efectos del refuerzo y del castigo no son permanentes, sino que es necesario que se den con unas condiciones para que las modificaciones en la conducta se mantengan. Es decir, si me multan por exceder el límite de velocidad, probablemente en unas horas, unos días o incluso unas semanas, estaré pendiente de no rebasarlo, pero al cabo de ese tiempo me habré *olvidado* del castigo y volveré a correr como antes.

Para que los efectos de cualquiera de los aprendizajes asociativos que hemos visto den lugar a modificaciones a largo plazo en el comportamiento de los individuos, es necesario programar tales efectos siguiendo las leyes del aprendizaje; y esto es lo que hace un psicólogo clínico cuando quiere resolver un problema de comportamiento. Por ejemplo, el refuerzo funciona bien cuanto más inmediato sea a la conducta, especialmente en los niños. Los adultos aprendemos a aplazar los premios, como cobrar a fin de mes, pero cuanto más pequeño sea el niño, más inmediata ha de ser la recompensa. Por su parte, el castigo funciona bien si es inmediato, si ocurre siempre que se ejecute la conducta incorrecta (eso de «como hoy estoy de buen humor no te voy a castigar» facilita que la conducta inadecuada se vuelva a producir en un futuro), si el individuo sabe exactamente por qué está siendo castigado y, sobre todo, si se ofrece un alternativa adecuada para conseguir lo que se busca.

Aparte de los procedimientos de reforzamiento y castigo, existen algunos más que debemos destacar en el condicionamiento operante, en concreto la extinción y el

entrenamiento en discriminación. Denominamos extinción al procedimiento de reducción de la frecuencia o intensidad de una respuesta mediante la eliminación del reforzamiento que la mantenía, es decir, suprimiendo las consecuencias reforzantes que eran las responsables de su ejecución (o en otras palabras, «desconectando» la respuesta de sus consecuencias); ejemplos de extinción serían ignorar la conducta de un niño que grita para que se le haga caso; un maestro que no presta atención a los niños que contestan una pregunta sin levantar la mano; dejar de utilizar una radio que no suena o de hacer intentos de arrancar el coche cuando comprobamos que no enciende el motor. En todos estos casos, las conductas que desaparecen estaban mantenidas por las consecuencias que obtenían: el niño grita porque está acostumbrado a que su padre le atienda cuando lo hace, los niños en clase hablan porque el maestro habitualmente les presta atención cuando así ocurre, encendemos la radio para escuchar una emisora y arrancamos el coche para que se mueva. En estos casos, las conductas que se reducirán o desaparecerán por extinción son la de gritar, hablar sin levantar la mano, encender la radio e intentar arrancar el coche, mientras que los eventos que no ocurren son, respectivamente, la atención del padre, la atención del maestro, el sonido de la radio y el movimiento del coche. Realmente estamos tan acostumbrados en nuestra vida cotidiana a que ocurran ciertas cosas como consecuencia de nuestra conducta que no nos damos cuenta de cómo estas consecuencias son las que están manteniendo la misma. Por ejemplo, nos levantamos a trabajar todos los días, haga frío o calor, nos apetezca o no, puesto que este esfuerzo está siendo recompensado (y utilizamos la palabra recompensado con un sentido puramente técnico, de reforzado) por el sueldo a final de mes. Levantamos el auricular del teléfono cuando suena porque esperamos oír la voz de alguien. Si esto no fuera así, es decir, si el teléfono no nos permitiese escuchar al que habla, dejaríamos de levantar el auricular y buscaríamos la forma de arreglarlo (y mientras tanto lo desconectaríamos para que el timbre de aviso de algo que no se va a producir no nos molestase): la conducta de levantar el auricular (conducta

operante) se mantiene porque nos permite escuchar a alguien (consecuencia reforzante de tal conducta).

Este ejemplo nos permite introducir un nuevo concepto, el de estímulo discriminativo. El comportamiento que finalmente puede ser recompensado, castigado o puede no tener consecuencias perceptibles (extinción), se da en un contexto en donde ocurren determinados eventos relevantes. Estos eventos del contexto los llamamos estímulos antecedentes y son de gran importancia para el control del comportamiento. Algunos de los estímulos antecedentes adquieren propiedades facilitadoras o inhibidoras de una determinada conducta; pensemos en el comportamiento de aplaudir y dar palmas en general; éste es un comportamiento muy típico en un auditorio, en un teatro, en un estadio o en cualquier lugar en el que haya algún espectáculo. Sin embargo, resulta muy poco apropiado en una ceremonia religiosa, en la sala de urgencias de un hospital o ante un accidente de tráfico, por muy espectaculares que puedan resultar estas situaciones. Algunos estímulos del contexto nos indican lo apropiado del comportamiento; son los estímulos discriminativos, que indican que el comportamiento en cuestión tiene una gran probabilidad de ser reforzado y que han adquirido sus propiedades a través de la experiencia y el aprendizaje. En el caso del teléfono, el estímulo discriminativo es el sonido del timbre, que nos indica que si levantamos el auricular escucharemos la voz de alguien. No es frecuente ver a alguien levantando el teléfono sin que haya sonado, para ver si tiene suerte y alguien lo está llamando. Es decir, el timbre del teléfono nos indica que nuestra conducta de levantar el auricular va a ser reforzada al escuchar una voz; si el estímulo discriminativo no está presente, es decir, si el timbre del teléfono no suena, es un indicador de que nuestra conducta no obtendrá las consecuencias deseadas (oír la voz de alguien). El estímulo presente cuando la respuesta es reforzada (estímulo discriminativo) indica que es probable que la ejecución se refuerce. El estímulo presente durante la ausencia de reforzamiento señala que probablemente la respuesta no se refuerce. La probabilidad de una respuesta puede aumentarse o disminuirse mediante la presentación o su-

presión del estímulo discriminativo (este proceso se llama discriminación).

Aquellos estímulos que van generalmente asociados a recompensas adquieren propiedades reforzantes, que a veces llegan a ser más potentes que los premios o recompensas a los cuales se asocian. A estos estímulos que adquieren su valor reforzante por asociación a otros que ya lo poseen los denominamos refuerzos secundarios, mientras que los estímulos que poseen valor reforzante en sí mismos (es decir, no a través de un proceso de aprendizaje) los denominamos refuerzos primarios. Los refuerzos primarios son aquellos que satisfacen las necesidades básicas de los seres vivos y son imprescindibles para la supervivencia, por ejemplo la comida o el agua. El ejemplo típico de refuerzo secundario es el dinero: el valor de un trozo de papel o de metal es prácticamente nulo, pero a través de la experiencia hemos aprendido a asociarlo a todas aquellas cosas que necesitamos o queremos (un billete de diez mil pesetas no representa lo mismo para un niño de tres años que para un joven de dieciocho; sin embargo, un vaso de agua, especialmente si se está sediento, tiene un valor muy similar para ambos).

Existen diferencias claras entre los dos tipos de aprendizaje asociativo que estamos considerando, el condicionamieno clásico y el condicionamiento instrumental u operante: en el condicionamiento clásico, el sujeto, al aprender, no hace nada para variar la relación entre el EC y el EI, no tiene capacidad para alterar lo que ocurre en el ambiente ya que lo que se aprende es la relación entre el EC y el EI. Por el contrario, en el condicionamiento instrumental, es el sujeto quien produce la aparición del refuerzo, en función de la respuesta que emita; decimos entonces que el sujeto tiene la posibilidad de producir modificaciones en su ambiente, de *operar* sobre él (de ahí el nombre de operante). Los procedimientos clásicos y operantes se utilizan en la clínica para modificar las conductas que a un individuo le resultan problemáticas y por las que acude al psicólogo. No queremos dejar de insistir en que estamos haciendo una presentación extraordinariamente simplificada de los procedimientos de aprendizaje e, igual que pasaba con el *pipí-stop*, el manejo de las

técnicas operantes para la modificación del comportamiento inadaptado (o, si preferimos utilizar esta expresión, para la resolución de problemas psicológicos en la clínica) requiere un extenso conocimiento teórico sobre su funcionamiento. Así que, si intentamos poner en marcha alguno de los principios que estamos viendo aquí, ya sea el refuerzo, el castigo, la extinción o cualquier otro para resolver un problema propio o de alguien cercano y no tenemos éxito, la conclusión no ha de ser que el principio de aprendizaje falla sino que lo hemos utilizado incorrectamente, ya sea por un análisis equivocado de la conducta problema, por la comisión de errores en la aplicación de los principios de cambio o cualquier otra causa. Decir que los principios de aprendizaje fallan es como decir que la electricidad no funciona: lo que pueden no funcionar son los aparatos eléctricos, pero la electricidad está ahí, es un energía que utilizamos para nuestro propio beneficio. En este sentido, si el tostador de pan se estropea sería absurdo pensar que ¡vaya birria de energía!; probablemente se habrá roto alguno de los componentes del tostador, un cable se habrá soltado o lo hemos utilizado de forma inadecuada, por ejemplo queriendo descongelar un filete y provocando un cortocircuito o enchufándolo a una corriente de 125 voltios cuando el aparato estaba preparado para 220 voltios (resulta que nos lo había traído un amigo de Estados Unidos, era buenísimo, como todo lo norteamericano, nos decía, pero no caímos en la cuenta de la diferencia de voltaje con respecto a España). Y lo que tendremos que hacer, en este caso, es llevarlo a un técnico, a un especialista para que *evalúe* si el aparato tiene arreglo y en qué consiste tal reparación (tiempo y dinero, por ejemplo).

Pues eso mismo ocurre con los principios de psicología: no fallan, aunque un uso inadecuado de ellos puede resultar, si no contraproducente y mucho menos irremediable, si inútil. En muy pocos casos el psicólogo nos dirá que no hay nada que hacer, como es probable que el técnico nos diga del tostador si lo hemos fundido; las posibilidades de aprendizaje humano son, en principio, ilimitadas y la capacidad que tenemos las personas para *desaprender* lo incorrecto y *aprender* lo adecuado, en su

caso con la ayuda de un profesional competente, es muy grande (afortunadamente las personas no somos como tostadores, que nos fundimos de forma irreversible en el primer intento).

Sin embargo, es fácil reconocer que los sistemas de castigo fallan en la forma en que son usados socialmente. Es frecuente que reincidan los individuos que han cometido algún delito, después de ser capturados y castigados, como reinciden los conductores aun después de ser penalizados por conducir a excesiva velocidad. En nuestra sociedad muchas personas pretenden cambiar la conducta de otros, en ocasiones con pocos conocimientos sobre aprendizaje y con pocos medios para implantar los procedimientos de control y de cambio. La situación en la clínica es distinta, ya que es el cliente quien pretende cambiar su comportamiento y acude a un psicólogo experto en aprendizaje.

EL APRENDIZAJE POR MODELOS

Pasaremos a ver ahora brevemente el tercer tipo de aprendizaje, el aprendizaje observacional, vicario o por modelos. En este tipo de aprendizaje, el sujeto aprende observando e imitando el comportamiento de otra persona, a la que denominamos modelo. Si hasta ahora hemos visto procedimientos de condicionamiento directo, es decir, el sujeto aprende nuevas respuestas en función de las consecuencias que consiga en su interacción con el medio, los procedimientos de aprendizaje observacional ocurren cuando una persona aprende una conducta que observa en otro. El ejemplo más característico es el aprendizaje del lenguaje: el niño empieza a emitir sus primeras palabras imitando a otra persona que habla. Y muchos otros de la vida cotidiana: el microondas recién adquirido viene acompañado de un vídeo en el que una persona aparece utilizándolo y de esta manera aprenderemos nosotros a hacerlo; el instructor de la autoescuela pone en marcha el coche y lo saca del estacionamiento mientras lo observamos, para que nosotros posteriormente podamos repetir los pasos que hemos observado;

el profesor de cirugía realiza una incisión sobre un maniquí para que los alumnos aprendan cómo se hace. El modelado se usa tan frecuentemente en la vida diaria que, al igual que ocurría con el condicionamiento operante, pocas personas se dan cuenta de que están utilizando un procedimiento de modificación de conducta. Cuando un adolescente llega al instituto por primera vez y observa cómo se comportan, visten y hablan los estudiantes ya veteranos, en poco tiempo hará lo mismo que ellos. Este proceso de imitación tiene un claro beneficio adaptativo, ya que permite que las personas aprendan sin tener que pasar por todas las experiencias.

En el aprendizaje observacional no se considera indispensable para que el sujeto aprenda que reproduzca la conducta del modelo y obtenga unas determinadas consecuencias. De hecho, hay ocasiones en las que el observador no reproduce la conducta del modelo después de observarlo, lo que implica que no obtiene consecuencias de su propia conducta y, sin embargo, puede demostrar que ha aprendido si se dan las circunstancias para ello. Cuando el aprendizaje ocurre sin que el observador ejecute ningún tipo de conducta manifiesta, se considera que se debe a la actividad encubierta, es decir, a los procesos cognitivos del observador, especialmente los de atención y retención. De esta forma se diferencia entre aprendizaje y ejecución, considerando que un individuo puede haber aprendido a hacer algo observando un modelo, pero no ejecutará tal conducta si no lo desea, no lo necesita o no se dan las condiciones para ello. En definitiva, el aprendizaje observacional implica la adquisición de información sobre los elementos que componen una conducta así como de las relaciones entre ésta y sus consecuencias: un observador aprendería a hacer algo en el caso de que observase a otra persona-modelo y asociase su comportamiento y las consecuencias del mismo. Por ejemplo, una persona puede aprender a cambiar una bombilla y no haberla cambiado en su vida, puesto que otros en su casa lo hacían cada vez que lo necesitaban. Pero si un día está sola y se funde la lámpara que ilumina la habitación, podría hacerlo repitiendo los pasos que observó en su día, y además sabrá que tan pronto ponga una

bombilla nueva, volverá a tener luz (es decir, conoce los efectos que tendrá su conducta, aunque nunca la haya realizado, y esto es así porque ha *observado* lo que ocurría cuando otros realizaban esa misma conducta).

Podemos concluir, por lo tanto, que las consecuencias que un modelo tiene afectan a la probabilidad de ejecución de una conducta por parte de la persona que la observa: si vemos que alguien apoya la mano en una superficie y se quema, es difícil que nosotros la pongamos en el mismo lugar (salvo que queramos quemarnos). Una vez que la conducta se ha aprendido por observación, el mantenimiento de la misma sí dependerá principalmente de las consecuencias que sigan a su ejecución, independientemente de aquellas que se hubieran observado en el modelo. Así, aunque veamos que una respuesta es castigada, por ejemplo copiar en un examen, nos podemos arriesgar a hacerlo, o bien porque en una ocasión pasada a nosotros nos funcionó y conseguimos aprobar copiando o bien porque en ocasiones pasadas hemos visto que otros lo consiguieron. Esta interacción entre las consecuencias externas, actuales y nuestra historia previa de aprendizaje es lo que permite que el individuo aprenda a autorregular su comportamiento.

En la clínica, el modelado se utiliza para la modificación de comportamientos complejos que el individuo no sabe realizar cuando se le pide que lo haga. Existen varios factores que influyen en la eficacia del modelado como técnica para la resolución de problemas clínicos: las personas tienden a imitar más a aquellos que se parecen a uno mismo, en cuanto a edad, condición social, apariencia física, etc., así que si queremos utilizar modelos efectivos tendremos que elegir aquellos que guarden algún tipo de semejanza con el observador. Así, si queremos enseñar a un chico de dieciséis años cómo puede hacer amigos, es decir, enseñarle a relacionarse con otros de su misma edad, no sería adecuado que le mostrásemos a un señor de cuarenta años (un viejo, desde su perspectiva) charlando en un bar con otros de su edad, porque no logrará aprender la conducta adecuada que finalmente le procurará bienestar y contacto con otros adolescentes. Una persona que observa a un modelo muy diferente de

sí mismo piensa, cree, atribuye o aprende que son las características personales del modelo y no su conducta lo que le permite obtener unas determinadas consecuencias.

EL APRENDIZAJE SIMBÓLICO

Al hablar de todos estos procedimientos de aprendizaje, estamos olvidando una forma de aprender que es fundamental, además de ser la más utilizada en la vida cotidiana: el aprendizaje mediante instrucciones, que es un tipo de aprendizaje simbólico. Éste es el procedimiento más habitual en los seres humanos a través del cual, hoy día, aprendemos la mayoría de las cosas. El aprendizaje simbólico es el que está mediado por signos o símbolos con los que nos referimos a objetos, situaciones, acciones, presentes, pasadas o futuras, con las que no interaccionamos en el momento en que estamos hablando, sino que nos referimos a ellas mediante el lenguaje. El aprendizaje simbólico se produce en contextos sociales a través del lenguaje hablado o escrito, en la medida que participamos de la misma cultura en una misma comunidad. Mediante el lenguaje se puede referir todo tipo de experiencias: podemos referir una experiencia personal que acabamos de tener, por ejemplo, un encuentro con un antiguo compañero; podemos enseñar a alguien a hacer algo que no sabe, por ejemplo cómo se hace un guiso de ternera o cómo se cambia una rueda de un coche; podemos informar sobre situaciones sucedidas hace mucho tiempo, por ejemplo cuando se le relata a un amigo cómo era nuestra infancia, etc.; en definitiva, podemos comunicar infinidad de experiencias que nuestro interlocutor conocerá sin haberlas vivido u observado.

En general, la utilización clínica de cualquiera de los aprendizajes antes comentados se acompaña de instrucciones: la madre avisa al hijo de lo que le ocurrirá si no se termina la comida que tiene en el plato (es decir, le avisa de las consecuencias de su conducta), el profesor describe a sus alumnos cómo el agua en contacto con el hierro produce óxido (y, en algunos casos, después de esta

explicación pasarán al laboratorio a experimentarlo, es decir, a aprender de su experiencia) y el psicólogo le explica a su cliente qué es lo que tiene que hacer si quiere perder el miedo a volar (y por supuesto, si quiere que lo pierda no se puede quedar sólo en palabras).

En términos generales, se dice que se aprende muy eficazmente mediante aprendizajes de tipo simbólico, en el sentido de que se puede lograr un rápido cambio de comportamiento en el sujeto si se dan una serie de condiciones: el sujeto está motivado, conoce el contexto cultural y cada una de las claves del lenguaje que se está utilizando, y el contexto en el que se ha de mostrar el cambio de comportamiento es el adecuado. Por ejemplo, la mayoría de las personas siguen rápida y adecuadamente la instrucción: «No toques la plancha azul porque está muy caliente», sin necesidad de ir comprobando cuál de las planchas que hay quema. Es decir, no es necesaria la experiencia para aprender cuál es el comportamiento adecuado en este caso, el lenguaje es suficiente. Otro ejemplo que muestra la eficacia de la instrucción, si se conocen las claves del lenguaje utilizado en una comunidad concreta, sería si nuestro amigo mejicano nos dice que esperemos al camión en la esquina que hay al lado de su casa, porque es el medio de transporte más eficaz para ir al centro de la ciudad. Nosotros veremos pasar decenas de autobuses y se nos hará de noche esperando al camión. ¿Qué está ocurriendo aquí? Que al no compartir el contexto cultural y muchas de las claves del lenguaje, no hemos seguido correctamente la instrucción que, por otra parte era muy clara: camión es como le llaman en Méjico a los autobuses de transporte público.

Los aprendizajes simbólicos son especialmente eficaces cuando son sinérgicos con los otros tipos de aprendizaje y, en especial, cuando se está aprendiendo una nueva destreza o habilidad. Sin duda, los aprendizajes a través de instrucciones son más eficaces cuando tenemos la posibilidad de confirmar que nuestro interlocutor está entendiendo el mensaje, ya sea mediante el propio lenguaje o a través de la ejecución sobre lo referido. Si decimos a alguien: «Primero enhebra la aguja», podemos comprobar que ha aprendido si, cuando le preguntamos, nos res-

ponde que primero ha de enhebrar la aguja (es decir, su verbalización nos confirma que sabe qué hay que hacer primero); pero estaremos más seguros de que ha aprendido qué hay que hacer si vemos cómo la enhebra.

Es evidente entonces que los humanos aprenden y cambian su comportamiento a través del lenguaje y a través de las instrucciones. Nosotros mismos, como nuestros estudiantes, hemos pasado más de un 50 por 100 de nuestro tiempo aprendiendo a través del lenguaje y de las instrucciones. Hoy se asume en psicología que a través de cualquiera de los procedimientos mencionados de aprendizaje se puede lograr un cambio de tres tipos de respuestas: motora, cognitiva y fisiológica. En general, cuando evaluamos una conducta, intentamos ver cómo se manifiesta en todos o alguno de estos tres niveles. Por ejemplo, cuando manifestamos una conducta de nerviosismo: nos movemos de un lado a otro o nos removemos en el asiento (respuesta manifiesta, motora, observable), nos palpita el corazón con mayor rapidez y parece que tengamos un nudo en el estómago (respuesta fisiológica) y pensamos cosas como: «No lo voy a poder soportar»; «si esto no acaba pronto me muero» (respuesta cognitiva). No siempre se dan las tres manifestaciones juntas, podemos estar como un flan y no pensar nada; o mostrarnos aparentemente tranquilos sin manifestar ningún tipo de nerviosismo. Lo que nos interesa ahora es explicar cómo por cualquiera de los procedimientos de aprendizaje descritos anteriormente se pueden desarrollar o modificar los niveles de respuesta mencionados. Es decir, no existe un tipo de procedimiento de aprendizaje específico para uno de los niveles de respuesta. Por ejemplo, en el condicionamiento clásico se aprende a dar la respuesta condicionada (respuesta manifiesta), la relación de contingencia entre los estímulos condicionado e incondicionado (respuesta cognitiva) y una respuesta emocional de miedo, esperanza, etc. (que tiene un fuerte componente fisiológico). Así María, la mujer que empezó a tener miedo a los ascensores después del episodio en que estuvo encerrada en un ascensor con la luz apagada y sin poder salir, aprendió a evitar subir en ellos (respuesta motora), aprendió a asociar ascensor con situación de angustia, es decir,

a pensar que los ascensores podían ser peligrosos (respuesta cognitiva) y por último, aprendió a sentir que el corazón le daba un vuelco y le palpitaba con más fuerza cada vez que tenía la posibilidad de subirse a uno (respuesta fisiológica). Es muy fácil imaginar que esto mismo ocurre en el condicionamiento y también en el aprendizaje por modelos. Sin embargo, podría haber ciertas dificultades para entender estos cambios en los sistemas de respuesta en el caso de los aprendizajes simbólicos (a través del lenguaje), aunque si las analizamos con más profundidad, veremos que no son tales.

Hemos de tener en cuenta que aunque aprendemos, y muy eficazmente, a través del lenguaje, éste es un instrumento de comunicación y no sólo de aprendizaje (es decir, las funciones del lenguaje superan las del aprendizaje a través de instrucciones). El aprendizaje a través del lenguaje se produce cuando se refieren relaciones de contingencia entre estímulos del contexto o entre estímulos y comportamientos: Decir: «La pelota es blanca» nos permite conocer el color de la pelota (expresando la relación de contingencia entre dos estímulos; por otra parte, la expresión: «¡Siéntate ahora!» establece la adecuación del comportamiento del sujeto receptor del mensaje (expresando la relación de contingencia entre un estímulo y un comportamiento).

¿Qué es hablar?, ¿qué información transmitimos y en qué medida modificamos el comportamiento cuando le hablamos a alguien? Por ejemplo, cuando afirmamos: «La sangre es roja» o cuando le sugerimos a un amigo: «Levanta el ánimo, hombre, no es para tanto, sonríe que te sentirás mucho mejor...», etc., es posible que modifiquemos su comportamiento en el sentido de que el sujeto ya no llame a partir de ahora sangre a un líquido amarillo e incluso también es posible (aunque indudablemente más difícil) que nuestro amigo cambie la cara, sonría y se sienta alegre. Por otra parte, podemos considerar que cuando hablamos estamos simplemente expresando relaciones de contingencia, es decir, relaciones de probabilidad entre dos eventos. Así decimos: «Si no te callas anularé tu examen» o «Antonio tiene el pelo negro» y de esta forma, al describir el mundo, estamos indicando las re-

laciones de probabilidad entre estímulos, entre respuestas y estímulos o entre respuestas entre sí.

Sin embargo, el lenguaje que nosotros empleamos no tiene una correspondencia estricta y unívoca con lo que observamos, ya que nuestro lenguaje es un reflejo del mundo que conocemos y nuestro conocimiento no es exacto, o al menos no es compartido ni siquiera con otros individuos que tienen historias de aprendizaje similares. Así pues, aunque con el lenguaje la mayoría de las veces lo que estamos haciendo es expresar relaciones de contingencia (información), también podemos modificar comportamientos manifiestos y provocar determinadas emociones, esto es, incidir sobre los tres tipos de respuesta que conforman el comportamiento de un individuo: es posible aprender respuestas fisiológicas, cogniciones y respuestas manifiestas desde los tres tipos de aprendizaje, aunque cada uno tiene sus propias características. Es más sencillo que una persona se aleje de la puerta cuando nosotros le decimos: «No te quedes en la entrada»; que desaparezca el rubor de su cara si le decimos: «No te pongas colorado». Parece que las respuestas manifiestas, motoras, son más fáciles de producir mediante instrucciones precisas que las respuestas emocionales aunque, insistimos, no existen procedimientos exclusivos para cada nivel de respuesta. Por ejemplo, una palabra que asociamos a una determinada situación puede provocar reacciones emocionales muy fuertes, a menudo incontrolables.

Por otra parte, el aprendizaje está enmarcado en el desarrollo del sujeto, que es un sujeto activo con respecto al ambiente y que reconstruye su historia básica de aprendizaje (repertorios de conducta, hábitos, creencias, etcétera) al hilo de sus nuevas experiencias. Y en último lugar, la base genética y la constitución orgánica de la que partimos determina también el impacto de las nuevas experiencias, es decir, de los nuevos aprendizajes. Podemos ver por tanto que el producto final de un procedimiento de aprendizaje es mucho más difícil de prever de lo que en principio podríamos esperar, y sólo realizando un análisis profundo de los factores que explican cómo se produce un comportamiento y cómo se mantiene en un in-

dividuo concreto, sólo entonces podremos predecir con cierta exactitud cómo se comportará este individuo ante determinada situación. Volvemos con ello a algo de lo que ya habíamos hablado: los procedimientos de aprendizaje no son píldoras que tienen un efecto sistemático y único sobre un organismo. La historia de aprendizaje previa y los factores genéticos modularán las nuevas experiencias, modificando su resultado. Esto quiere decir que ni todas las personas que se quedan encerradas en un ascensor desarrollan una fobia a los ascensores, ni todos los niños a los que se les compra una bicicleta a final de curso por haber obtenido buenas notas las mantienen o las mejoran para el año siguiente ni todos los adolescentes que entran en el instituto por primera vez cambian su forma de vestir y su lenguaje para imitar al de los mayores. Y, en el mismo sentido, el uso sistemático y sin un análisis previo de cualquiera de estos procedimientos para modificar conductas que a un individuo le resultan problemáticas tiene altas probabilidades de fracaso: meter sin más a una persona fóbica en el ascensor para que le pierda el miedo, regalarle una bicicleta a un niño para que apruebe y decirle a un adolescente con problemas de relación que haga lo que hacen los demás y verá qué bien lo aceptan es una tergiversación de las leyes del aprendizaje que con mucha probabilidad generarán problemas aún mayores que aquellos para los que fueron utilizadas.

En el siguiente capítulo vamos a ver cómo utiliza el psicólogo clínico los conocimientos técnicos derivados del aprendizaje y cómo los personaliza, los adecua a cada caso concreto, en función del análisis previamente realizado.

LECTURAS RECOMENDADAS

RACHLIN, H. (1979), *Comportamiento y aprendizaje*, Barcelona, Omega.

BAYÉS, R. y PINILLOS, J. L. (1989), *Aprendizaje y condicionamiento*, Madrid, Alhambra.

CAPÍTULO IV
La intervención en psicología clínica: la evaluación conductual y el análisis funcional

Vamos a pasar ahora al tema central de este libro, describir en qué consiste un tratamiento psicológico y cómo se lleva a cabo en la clínica. Antes de nada, recordar que, tal como hemos visto en capítulos anteriores, un problema psicológico se adquiere y desarrolla de la misma manera que lo hace cualquier otro comportamiento humano, esto es, por aprendizaje. Tampoco podemos olvidar que nos estamos refiriendo al tratamiento de problemas clínicos, entendiendo por tales aquellos que plantean las personas que demandan ayuda, es decir, que reconocen que tienen un problema y que no saben solucionarlo por ellas mismas (sin olvidar las excepciones señaladas en el Capítulo II). En este sentido, ayudaremos en la clínica a personas que quieren dejar de fumar, sentirse más felices, mejorar su relación con los demás, dejar de hacerse pis en la cama, perderle el miedo a los aviones o controlar ese dolor de cabeza que sufren desde hace años; todos éstos son problemas de comportamiento que pueden plantear diversas personas que se *quejan* por ello y que se pueden resolver mediante la aplicación de distintos procedimientos de aprendizaje. Sin embargo, no

constituiría un problema clínico, como ya hemos explicado en las páginas anteriores, el caso del futbolista que se fue a jugar a Inglaterra para no tener que subir en avión; él encontró una solución alternativa para su miedo: no será capaz de subir a un avión, pero eso no tiene mucha importancia ya que ha reducido al máximo las posibilidades de verse obligado a hacerlo. Es verdad que tiene un problema de tipo fóbico, pero dicho problema, valga la paradoja, no le *resulta* problemático (no interfiere significativamente en su vida).

Por lo tanto, una intervención psicológica tiene como objetivo resolver los problemas que plantea un individuo respecto a sus dificultades para adaptarse al medio en que vive. Decimos que una intervención es psicológica cuando el conocimiento científico utilizado en la resolución del problema planteado es fundamentalmente psicológico, es decir, el conocimiento de las *relaciones funcionales,* relaciones sistemáticas entre variables, que se establecen entre los estímulos del contexto en el que se da el comportamiento y el propio comportamiento. Vemos que estamos utilizando el término *comportamiento* en su acepción más común, como el conjunto de respuestas que emite un individuo, lo que una persona hace; sin embargo, en el primer capítulo habíamos definido comportamiento como la interacción de lo que una persona hace con la situación estimular en la cual actúa. Y realmente esto es lo que le interesa a la psicología, y en especial a la clínica, cómo se comporta el individuo en su medio. Pero para analizar esa interacción es necesario conocer previamente los elementos que la conforman y éstos son la situación estimular por un lado y lo que el individuo hace por la otra. Pues bien, a lo largo de este capítulo utilizaremos el término *comportamiento* en algunas ocasiones para referirnos a lo que hace el individuo y ponerlo en relación con la situación estimular en la que actúa; pero no nos podemos olvidar que lo que estudia el psicólogo es la interacción en su totalidad.

LA MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Esta forma de afrontar los problemas clínicos, entendiéndolos como problemas de comportamiento (como interacción) se ha denominado tradicionalmente *modificación o terapia de conducta*. Desde esta perspectiva, se plantea que el objetivo general de una intervención psicológica es la mejora del comportamiento de las personas que acuden al psicólogo buscando ayuda para sus problemas; se trata de que aprendan nuevas formas de comportamiento, pero también de que aprovechen al máximo los recursos propios y del medio en que viven, cambiando éste en la medida en que ello pueda favorecer su bienestar o modificando sus valores, actitudes y conductas para adaptarse a lo que no puede cambiarse. La modificación de conducta es la tecnología derivada de la psicología científica y se rige por una serie de principios que presentamos aquí de forma muy resumida y que iremos desarrollando a lo largo de las páginas siguientes. Por otra parte, existen en la actualidad muchos y muy buenos textos en castellano sobre este tema, algunos de los cuales se citan al final del capítulo.

La característica fundamental de la modificación de conducta es la utilización de procedimientos y técnicas de tratamiento que están fundamentados en la psicología experimental, la investigación psicopatológica y en la psicología clínica.

Una segunda cuestión importante, de la que hemos hablado extensamente en capítulos anteriores, es la consideración de que tanto la denominada conducta normal como la anormal se rigen por los mismos principios de aprendizaje y se desarrollan a través de la interacción del individuo con el medio en que vive. Es verdad que existen también influencias de factores genéticos, pero se consideran como una base estructural sobre la que se desarrolla el comportamiento y sobre la que inciden los factores de aprendizaje.

En tercer lugar, se parte de que la intervención se ha de dirigir a la modificación o eliminación de los comportamientos que resultan desadaptativos o problemáticos y al aprendizaje de otros alternativos que faciliten la

adaptación. No se considera la existencia de factores intrapsíquicos ni elementos ocultos que formen parte del problema y a los que no se puede acceder directamente: un problema psicológico es un problema de comportamiento, de manera que la modificación del comportamiento, es decir, de la interacción del individuo con el contexto estimular, implica la eliminación del problema.

En cuarto lugar, la evaluación del problema y el tratamiento del mismo son procesos interdependientes; esto es, no existe un período evaluativo antes del diagnóstico (de precisar qué le pasa al cliente, es decir, de establecer el análisis funcional) y un período de tratamiento (no evaluativo), después del diagnóstico. Precisamente, una de las características más importantes y particulares de las intervenciones clínicas en psicología es la realización de una evaluación constante a lo largo de todo el proceso de intervención, para ir comprobando los efectos de la misma, es decir, si el comportamiento del sujeto evoluciona en el sentido deseado. Por otra parte, el establecimiento de los objetivos terapéuticos y la planificación del plan de tratamiento dependen del análisis funcional que se haya establecido a partir de los datos obtenidos en la evaluación del problema. Como se puede ver, la evaluación y el tratamiento son procesos inseparables que están uno en función del otro. El proceso de evaluación tiene dos funciones fundamentales: en primer lugar, obtener todos los datos e información relevantes que permitan diseñar un plan de tratamiento y, en segundo lugar, cuando se empieza a realizar la intervención, evaluar los resultados de la misma. Con otras palabras, durante la primera fase del proceso se establecen las hipótesis explicativas de ese problema concreto en ese cliente concreto y se diseña la intervención; en la segunda fase se contrastan las hipótesis explicativas mediante la aplicación del tratamiento y los cambios comportamentales consecuentes. Para poder contrastar las hipótesis hemos de definir los objetivos de la intervención de forma objetiva, clara, precisa y cuantificable; es fundamental que, a lo largo de todo el proceso, tanto cliente como psicólogo sepan adónde quieren llegar y cómo han de trabajar para conseguirlo, así como contar con alguna estrategia de medi-

ción que permita evaluar los cambios que se van consiguiendo, antes, durante y después de la intervención, así como durante el período de seguimiento.

En quinto lugar, la explicación del problema y el diseño del plan de tratamiento se hacen atendiendo a las variables que determinan la conducta en el momento actual; el pasado, la hipótesis sobre la génesis del problema, es relevante en la medida en que nos puede ayudar a entender cómo el comportamiento del cliente se ha desarrollado en la forma que lo hizo, pero no tiene ningún valor terapéutico. ¿Qué quiere decir esto? Pues que, siempre que hablamos del pasado, nos movemos en un terreno absolutamente hipotético, sin posibilidad de verificación. Lo que la persona nos cuenta sobre lo que fue su vida, sus experiencias, su proceso de aprendizaje, es una información importante pero sin posibilidad de contrastación empírica. Por otra parte, los sucesos, las experiencias que pudieron estar influyendo en el pasado, aun habiendo ocurrido como las recuerda el cliente, no pueden manejarse, utilizarse en el programa de tratamiento. Tuvieron su importancia en un momento determinado, pero ahora no se pueden alterar salvo actuando sobre sus efectos actuales, es decir, sobre el comportamiento que *en ese momento* presenta la persona.

Por último, tanto la evaluación como el tratamiento se adaptan a cada problema concreto. Queremos insistir en estas características de especificidad de la intervención: no existen tratamientos estándar para problemas tipo, sino que cada caso requiere un tratamiento único y específico que viene señalado por el análisis funcional del mismo, es decir, por las hipótesis explicativas del problema que hayamos construido tras el proceso de evaluación.

Los puntos que hemos señalado hasta aquí ponen de relieve las características fundamentales de los procedimientos de intervención clínica en psicología:

- Están fundamentados en investigación empírica.
- Posibilitan la aplicación de las técnicas de cambio tanto en el campo clínico como no clínico (al estar la conducta normal y la conducta anormal gobernadas por los mismos principios).

- Es imprescindible la evaluación objetiva de los problemas y la especificidad del tratamiento derivado de la misma.
- Su objetivo principal es la instauración de repertorios conductuales que faciliten la adaptación del individuo a su medio.

Este esbozo de las líneas generales que definen el proceso terapéutico en psicología nos sirven de punto de partida para describir los distintos elementos que conforman la intervención psicológica. Primero haremos una aproximación general al proceso y, una vez resumido de forma sucinta, pasaremos a la descripción detallada de cada paso. A estas alturas del libro ya estarán ustedes familiarizados con ciertos términos de la psicología, por lo que probablemente no tendrán dificultades para entender un lenguaje algo más técnico.

¿CÓMO SE DESARROLLA UN PROCESO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA?

La intervención psicológica está basada en un proceso de aprendizaje durante el cual se lleva a cabo, primero, la evaluación del problema y la determinación de la *línea base* del comportamiento en las distintas situaciones en las que se da; por ejemplo, si una persona nos dice que está muy nerviosa, tendremos que preguntarle cuándo y cómo está nerviosa. Es decir, si está nerviosa porque está esperando el resultado de una oposición o de una prueba médica o porque se está *jugando* el puesto de trabajo de su vida, probablemente esta respuesta será pasajera y fácilmente explicable por la presión de la situación que está viviendo. Pero si está nerviosa cuando abre los ojos en la cama, cuando va andando por la calle en una situación habitual, cuando va en el metro o en cualquier momento aparentemente tranquilo, ahí tendremos que indagar con qué se relaciona este nerviosismo, que resulta incomprensible hasta para el propio cliente. Igualmente estar nervioso es decir muy poco del comportamiento de la persona: unos viven los nervios con temblores, otros con dolor de estómago, diarrea, estómago

encogido, opresión en el pecho... Eso también lo ha de evaluar el psicólogo, cuáles son las características de la respuesta concreta que la persona afirma manifestar.

A continuación se trataría de establecer las relaciones funcionales entre las diversas respuesta problema y el contexto estimular. Para identificar las interacciones significativas en un problema determinado, el profesional ha de recoger datos sobre qué ocurre en la propia situación en la que se da el problema. Una forma fundamental de recoger estos datos es preguntando al propio cliente acerca de lo que ocurre cuando se da la respuesta problema, aunque hay muchas otras estrategias que veremos más adelante. El psicólogo hace una labor de indagación de algún tipo de comportamiento que sea relevante, de acuerdo con la información que nos proporciona la psicopatología y la psicología clínica. Con los datos recogidos el psicólogo establece las interacciones que considera importantes. Una vez realizado este proceso, estamos en condiciones de redefinir dicho comportamiento en términos de aprendizaje, de manera que, finalmente, podremos formular unas hipótesis que sugieran por qué el individuo se comporta como lo hace y cómo se podría modificar. Además de estos estudios sobre la situación actual, lo que está sucediendo ahora, el psicólogo suele preguntar, explorar sobre antiguos sucesos, comportamiento o interacciones que pudieran ser relevantes: desde cuándo comenzó a tener problemas, qué cosas he hecho para solucionarlos, cómo ha ido evolucionando el problema a lo largo del tiempo, etc., para poder explicar la génesis del mismo.

La génesis del problema y el estudio de los elementos que contribuyen a que el problema actualmente se mantenga (que no es otra cosa que explicar por aprendizaje por qué las personas se comportan como se comportan) son los dos elementos que permiten diseñar el programa de intervención. ¿Por qué razón explicarlos en términos de aprendizaje (condicionamiento, aprendizaje vicario...)? Porque ésa es la forma en que las personas cambian y por tanto, a través de estrategias de aprendizaje podremos hacer que se sienta mejor. Lo que la psicología puede enseñar es a predecir cuál será el compor-

tamiento futuro de una persona si se dan unas condiciones estimulares determinadas. Por tanto, conocer las interacciones nos va a dar la clave del pronóstico de comportamientos futuros, que están mantenidos por estas relaciones funcionales. En lo que llamamos evaluación conductual nosotros tratamos de hacer el análisis funcional, que nos explique la génesis y, sobre todo, qué tipo de aprendizajes se están produciendo que explican el comportamiento actual del sujeto.

Pero también tenemos que tener en cuenta que el sujeto tiene lo que tradicionalmente se ha denominado *personalidad*, que no es otra cosa que estilos o formas consistentes de comportarse a lo largo de situaciones variadas (es decir, las personas pueden actuar de forma persistente, flexible, minuciosa, introvertida, etc., a lo largo de situaciones muy distintas). Valorar esos aspectos es importante en una evaluación porque nos van a dar indicaciones sobre el posible tratamiento y qué herramientas o procedimientos puede utilizar el psicólogo. El nivel cultural, los estudios realizados, la habilidad para comunicarse, influyen en la selección de la estrategia de aprendizaje que se va a utilizar.

Una vez establecidas la o las hipótesis explicativas sobre el problema, la parte central de la intervención consiste en diseñar y aplicar un plan de entrenamiento específico para ese *comportamiento problema concreto y esa persona concreta.* Es importante resaltar que decimos *actualmente,* para desmontar esas relaciones entre estímulos y respuestas. Y todo ello con independencia de la historia pasada de aprendizaje. Sin embargo, la historia de aprendizaje, la forma que habitualmente tiene un sujeto de resolver sus problemas, la forma cómo nos comportamos ha de ser tenida en cuenta en la solución de los problemas actuales. Si de forma consistente, sistemática, somos personas muy persistentes, que trabajamos de forma minuciosa y sin importarnos que inicialmente tengamos fracasos, podemos proponer un determinado tipo de tratamiento que en sus inicios puede no tener éxito (pero dada la *personalidad* persistente de esa persona, esos fracasos iniciales no la desanimarán y no harán fracasar todo el plan). Pero si esas condiciones que acabamos de

mencionar no se dan en esa persona, en su forma habitual de comportarse, debemos hacer un plan alternativo que inicialmente obtenga éxito, un plan de aprendizaje fácil.

Hemos hecho una muy breve síntesis del proceso de intervención clínica. A partir de ahora lo desarrollaremos con amplitud, pero antes de seguir vamos a ilustrarlo con un ejemplo muy sencillo: el caso de Jacobo, un muchacho que acude al psicólogo porque tiene un problema, aparentemente muy tonto y desde luego muy común, que es el de morderse las uñas u onicofagia. Quizá puedan pensar ustedes que nadie iría al psicólogo por un problema tan simple, y sin embargo hay personas que sí van. ¿Por qué alguien puede querer gastar tiempo y dinero en algo tan aparentemente irrelevante? Pues las razones pueden ser de muy diversa índole: que se le exija una imagen impecable en su nuevo trabajo, que vaya a acudir a una entrevista y entienda que aparecer con esas manos no diga mucho a su favor, que ya esté en tratamiento por otro problema y *aproveche*, ya que le está yendo bien, para solucionar algunas cosillas de menor importancia. Sea la razón que sea, el caso es que este individuo se ha decidido a buscar ayuda profesional por un problema que no sabe cómo resolver (y como el problema es de comportamiento, pues va al psicólogo, igual que si fuese del ordenador acudiría al técnico informático o al fontanero si fuese relativo a las cañerías).

En el caso de Jacobo el problema es claro y el objetivo a conseguir también lo es: se muerde las uñas y quiere dejar de mordérselas; hasta podemos establecer, de cara a cuantificar el objetivo, los milímetros que considera deseables que midan sus uñas. En este caso el objetivo que plantea Jacobo es perfectamente asequible; no es necesario discutirlo para clarificarlo o para hacerlo más realista: Jacobo no quiere que sus uñas crezcan de color verde o que, nada más salir de la consulta, se produzca el milagro y luzca unas manos perfectas. Jacobo entiende que las uñas necesitan su tiempo para crecer y que para ello ha de hacer algo, depende de él. Es verdad que en èste caso sería difícil que una persona plantease un objetivo alejado de la realidad. Pero hay casos que no son

así; por ejemplo, el caso de Luis, una persona que acude a consulta porque no soporta que la gente hable alto a su alrededor y quiere conseguir que todo el mundo hable bajo; o Gloria, que quería dejar de estar deprimida para empezar a hacer las cosas que le gustaban (cuando los psicólogos han estudiado hasta la saciedad que el procedimiento es justo al contrario, dejará de estar deprimida cuando empiece a hacer las cosas que le gustan o le gustaban, aunque sea sin mucho placer al principio); o Pedro, que pretendía llegar a estar tranquilo eliminando de su alrededor todas las fuentes de posible contagio de alguna enfermedad infecciosa; y así podríamos poner ejemplos hasta el infinito, ya que ésta es una de las principales tareas que tiene que acometer un psicólogo clínico cuando una persona acude solicitando ayuda profesional. Nuestros clientes no tienen por qué saber ni un ápice de psicología, de aprendizaje o de comportamiento y por tanto no tienen por qué plantearnos una descripción de su problema y de las posibles soluciones que ellos le ven que sea coherente, factible o lógico. Ésa es la labor del psicólogo.

Una vez aclarado este aspecto, seguiremos con el caso de Jacobo. Ya sabemos cuál es el motivo de consulta y su objetivo al acudir a nosotros. Empezaremos entonces a hacer la evaluación del problema: primero la historia del mismo (cuándo surgió, qué hacían los demás cuando se las mordía, en qué situaciones lo hacía, etc.); seguiremos con los cambios que se hayan producido desde el inicio (épocas de mayor y menor control, elementos con los que relaciona dicho control, otros posibles problemas surgidos en distintas épocas y potencialmente asociados a éste) y, después de evaluadas otras áreas relevantes, pasaremos al momento actual, esto es, las interacciones que caracterizan el comportamiento de Jacobo de morderse las uñas. Para ello le mandaremos que se observe a sí mismo cuando se las muerde y que anote determinados aspectos relevantes que el psicólogo le señalará, por ejemplo la situación en la que ocurre tal comportamiento y el tiempo que permanece ejecutándolo (estos procedimientos, auto observación y autorregistro son esenciales en el tratamiento psicológico). Después de un período de evaluación, que suele abarcar entre una y tres semanas, estamos

en condiciones de establecer la línea base del problema, es decir, los parámetros medios que lo definen: *frecuencia* (por ejemplo, en el caso de Jacobo, solían ser tres episodios diarios), *duración* (en nuestro ejemplo, variable, desde episodios de diez minutos hasta ocasiones en las que estaba hora y media, la duración de una película, mordiéndoselas), y otros que sean relevantes para la conducta en cuestión. Esta línea base nos permitirá saber si los cambios que se produzcan una vez iniciado el plan de tratamiento propiamente dicho son los deseados; si las estrategias de tratamiento empleadas hacen que se reduzca la frecuencia o la duración de los episodios de morderse las uñas, si efectivamente esto es así, entonces el tratamiento estará resultando eficaz; la línea base nos marca un criterio de comparación que nos permitirá saber en qué sentido ocurren los cambios.

Una vez establecida la línea base, con la información obtenida hasta el momento, pasaremos a establecer las relaciones funcionales entre la conducta de morderse las uñas y el contexto en el cual ocurre. En el caso de Jacobo, tales relaciones se establecen entre situaciones en las que tiene las manos libres, está en una posición que le permite tener las manos cerca de la cara, por ejemplo sentado, y/o está concentrado en alguna otra actividad para la que no utiliza las manos; se las muerde cuando está viendo la televisión o en el cine; cuando está sentado hablando con alguien o cuando está distraído, sin ocuparse de nada. A diferencia de lo que podríamos pensar inicialmente, Jacobo no se las muerde cuando está nervioso. Es verdad que morderse las uñas se suele asociar a situaciones de ansiedad, pero en el caso de Jacobo no ocurría así.

Con estos datos podemos establecer la hipótesis de por qué Jacobo se sigue mordiendo las uñas a pesar de que es una conducta que le desagrada y que le gustaría no realizar. Porque al fin y al cabo de esto es de lo que se trata: de identificar por qué se siguen haciendo cosas que no queremos hacer: por qué sigo llorando si quiero dejar de llorar; por qué pienso que soy un inútil si eso me hace sentir muy desgraciado; por que no soy capaz de salir sola a la calle cuando eso es lo que más me gustaría. Pues porque no sabemos hacerlo de otra manera y tenemos que

aprender. En el caso de Jacobo, después de un proceso de evaluación que duró dos semanas, durante el cual recogimos datos mediante entrevistas con él, mediante observación directa de su conducta de morderse las uñas y mediante la autoobservación y el autorregistro, pudimos establecer una hipótesis funcional en el siguiente sentido:

> La conducta de Jacobo de morderse las uñas se asocia principalmente con dos tipos de situaciones: aquellas en las que tiene las manos libres, en una posición que le permite acercárselas a la cara sin esfuerzo y aquellas otras en las que está concentrado en cualquier otra tarea o actividad que absorbe su atención. Las personas de su entorno próximo, amigos y familia, hace tiempo que han dejado de avisarle, pero si lo hacen en alguna ocasión, Jacobo interrumpe la conducta de inmediato. Por ello, consideramos que utilizar un procedimiento que facilite que Jacobo se dé cuenta inmediatamente de que empieza a morderse las uñas permitirá reducir considerablemente la frecuencia y duración de los episodios; en el mismo sentido, ha de estar sobre aviso en algunas situaciones de distracción, por ejemplo viendo la televisión, para que no inicie el comportamiento de morder.

Ésta es, a grandes rasgos, una posible hipótesis explicativa del comportamiento de Jacobo. Es verdad que faltan datos y cuestiones importantes, sobre todo lo relativo a la génesis del problema, por qué Jacobo empezó a morderse las uñas y cómo continuó hasta el momento actual. Esto también habría que explicarlo, y lo haremos más adelante en otros muchos ejemplos que describamos.

Como podemos comprobar, la propia hipótesis explicativa nos da *pistas* sobre *por dónde* tiene que ir el plan de tratamiento. En el caso de Jacobo, no vamos a utilizar técnicas de relajación, no necesita aprender a relajarse; no se muerde las uñas porque sea una persona nerviosa, en momentos en los que está inquieto o preocupado por algo. Por el contrario, en las situaciones de descanso, en las que está más distraído y a gusto es cuando más se las muerde. Tampoco nos interesa especialmente saber si tuvo una infancia feliz, si se lleva bien con sus hermanos, si le dan miedo las arañas o si sus padres son muy auto-

ritarios. Nada de esto tiene relación con su problema, que es simple y llanamente que ha adquirido el hábito de morderse las uñas y ahora no sabe cómo dejarlo.

Por último, volver a señalar que el plan de tratamiento diseñado para Jacobo es específico para él. Ya hemos dicho varias veces que, a diferencia de lo habitual en estos casos, Jacobo no se muerde las uñas cuando está nervioso o preocupado. Si no atendemos al caso concreto, podríamos incurrir en el error de utilizar «ese plan de tratamiento que nos quedó tan bonito y que tuvo tanto éxito con Enrique, que en tres semanas tenía unas uñas preciosas». Pero resulta que Enrique era una persona que sólo se mordía las uñas en el trabajo, cuando estaba acelerado y se sentía desbordado por lo que tenía que hacer. Los fines de semana y en vacaciones, en cambio, ni se acordaba de que existían sus uñas. Le habíamos enseñado relajación, le habíamos enseñado a ejecutar una serie de conductas incompatibles con la de morderse las uñas, por ejemplo, sujetar fuertemente algún objeto, un bolígrafo o similar, en esos momentos en que se empezaba a agobiar, y muchas otras cosas. Está claro que ninguna de ellas le serviría a Jacobo, con lo cual el fracaso del tratamiento estaría prácticamente asegurado.

Con este ejemplo hemos pretendido ilustrar de forma simplificada una actuación psicológica ante un problema sencillo. A partir de ahora vamos a profundizar en cada uno de los pasos que hemos establecido hasta aquí, el primero en este capítulo y los restantes en el capítulo siguiente:

1. La identificación y evaluación de los comportamientos problemáticos, a partir de la queja del cliente y el establecimiento de la línea base.
2. La realización del análisis funcional y el establecimiento de los objetivos que se quieren lograr con la intervención.
3. El diseño del plan de tratamiento que nos permitirá alcanzar los objetivos terapéuticos.
4. La aplicación del tratamiento y la valoración de los resultados obtenidos.
5. La comprobación del mantenimiento de los resultados durante un período de seguimiento.

LA IDENTIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS PROBLEMÁTICOS Y EL ESTABLECIMIENTO DE LA LÍNEA BASE

Lo primero que tenemos que tener en cuenta a la hora de describir un tratamiento psicológico es que la relación terapéutica se establece entre, al menos, dos personas: el cliente y el psicólogo. Siempre que hay una interacción entre personas, cuidar y asegurar que el proceso de comunicación sea efectivo, es un aspecto fundamental para que la interacción sea positiva. Esto pasa con cualquier profesional al que acudamos buscando ayuda: si necesitamos un abogado para que nos solucione un problema legal tendremos que entendernos con él, hablar el mismo idioma, utilizar un lenguaje que comprendamos ambos, percibir que es un profesional adecuado que realmente puede ayudarnos y percibir que el cliente es un individuo *legal*, es decir, no nos va a mentir, irse sin pagar por el estilo. Incluso podríamos decir que nos *tiene que caer bien,* especialmente si vamos a necesitar sus servicios durante un período de tiempo largo. Igualmente, si vamos a encargar un mueble para la cocina, el carpintero ha de saber atender a nuestra demanda, entender lo que queremos hacer, facilitarnos un presupuesto sobre el que lleguemos a un acuerdo y demás cuestiones que se lograrán a través de una comunicación adecuada.

Pero hay algo más. En los ejemplos mencionados, nosotros, los clientes, *no tenemos que hacer nada* para conseguir lo que queremos (aparte de pagar, por supuesto), simplemente el profesional recoge nuestra demanda y *trabaja* para cumplirla. Pero en el caso del psicólogo clínico esto no es así: si el cliente expone su demanda y no hace nada más que eso, el psicólogo *no podría ayudarle* en absoluto, la labor del psicólogo se quedaría reducida a la nada. Y no nos referimos exclusivamente al período previo de evaluación, donde es el cliente quien tiene que proporcionar la información sobre el problema que el psicólogo, con sus conocimientos, valorará como relevante y analizará funcionalmente para establecer la hipótesis explicativa. La labor del cliente va más allá toda-

vía: una vez elaborado y consensuado el plan de tratamiento, será el cliente *quien* tenga que ejecutarlo. Por muy bien hecho que esté el plan, por muy útiles que hayan demostrado ser las técnicas seleccionadas, si el cliente no lo aplica, si no se expone a las situaciones de aprendizaje diseñadas para que pueda cambiar la conducta objetivo y aprender otra alternativa, si no ocurren estas cosas, decimos, la intervención no tendrá efecto. Sería como tener un dolor de cabeza terrible y sentarnos delante de una caja de analgésicos, esperando sentir el alivio. Esto ocurre en todos los casos en que el objetivo es aprender, ya sea informática, un idioma o nuevas habilidades personales.

Y aún hay algo más, que caracteriza la actuación en psicología clínica y, sobre todo en lo que respecta a las enfermedades crónicas, también en medicina. Así como tomarse una aspirina o ponerse una inyección es algo puntual, momentáneo que no exige esfuerzo y dedicación por parte de quien lo hace, los tratamientos psicológicos y también determinados tratamientos médicos, requieren la colaboración y el trabajo del individuo durante períodos de tiempo más o menos prolongados y, en ocasiones, durante toda la vida. Es decir, cuando el tratamiento incluye aspectos comportamentales, y esto ocurre en todos los psicológicos y muchos médicos (es el caso de la diabetes o el asma), se necesita que el cliente esté dispuesto a realizar las tareas prescritas para la solución del problema que sea. Y por esto, la comunicación y el entendimiento entre el profesional y el cliente han de ser máximos.

Así que cuando vayamos a un psicólogo nos vamos a encontrar con un profesional que va a poner todo su conocimiento teórico y técnico a nuestro servicio y nos lo va a saber transmitir, así como la sensación de confianza, calidez y seguridad indispensables para que la interacción sea eficaz terapéuticamente. Lo que no va a encontrar el cliente en el psicólogo es un amigo. Tal como ya comentamos en anteriores capítulos, la relación terapéutica supone un intercambio de tareas: el cliente proporciona la información que el psicólogo necesita para explicar el problema y desarrollar el tratamiento; después

el psicólogo va guiando la aplicación del mismo y el cliente va ejecutando los distintos pasos marcados que le llevarán a la consecución de los objetivos terapéuticos. Como podemos observar, tal intercambio es desigual en relación al tipo de papeles que se espera que cada uno ejecute. El psicólogo no da información sobre su vida y sus problemas igual que no se espera que el cliente aprenda las técnicas de evaluación y modificación de conducta. De un amigo se espera un hombro sobre el que llorar y el psicólogo probablemente nunca ofrecerá ese hombro sino que intentará que esa conducta desaparezca. También se espera de un amigo implicación emocional en nuestros problemas, mientras que el psicólogo ha de mantener la distancia suficiente para poder hacer un análisis científico de la situación que permita obtener un resultado terapéutico satisfactorio. Por último, tenemos que entender que el psicólogo ha de aprender a mantener su propio equilibrio emocional ante los múltiples problemas, desgracias y dificultades que va oyendo de sus diversos clientes: cada cliente cuenta sus cosas, pero él escucha las de todos. Distanciarse de los problemas ajenos para poder prestar la máxima ayuda posible es una habilidad que el psicólogo también aprende en su práctica clínica.

En la primera sesión que el psicólogo tiene con su cliente, se suele hacer una aproximación general al problema o problemas que plantea y se obtienen datos sobre su vida personal y social que, por una parte, permitan conocer algo más a quien tenemos delante pero también que puedan ser utilizados en el futuro cuando diseñemos y apliquemos el plan de tratamiento. Por ejemplo, si una persona deprimida acude solicitando nuestra ayuda, sin duda es importante que conozcamos el entorno social en el que vive ya que probablemente pueda sernos útil de cara a elegir los refuerzos que incrementen la ejecución de la conducta no deprimida. También tendremos que evaluar sus aficiones, las actividades en las que le gusta emplear su ocio porque aunque ahora no le apetezca realizarlas e incluso insista en que en ese momento ya no tiene interés por nada, es bastante probable que el incremento de actividades satisfactorias sea uno de los objeti-

vos terapéuticos y empezará a aprender que sólo realizando las cosas que le gustan o le gustaban en el pasado, aun sin ganas, podrá volver a disfrutar con ellas.

La obtención de dicha información, en principio secundaria por no estar directamente relacionada con la queja que le hace acudir al psicólogo, no ha de ocupar demasiado tiempo en esta primera sesión. No podemos olvidar que tenemos delante a una persona que plantea una queja y que puede considerar que no se está atendiendo a su demanda si, al menos en apariencia, nos vamos por las ramas. En la primera sesión el psicólogo tiene que evaluar, obtener datos sobre el problema para conseguir una definición operativa del mismo. Veamos el ejemplo de María José, una muchacha de veintidós años que fue al psicólogo porque se encontraba muy mal, con un nivel de ansiedad tal y unos temblores tan intensos que el médico le había dado la baja laboral y le había recetado una dosis importante de ansiolíticos y antidepresivos. Decide que, además del médico, el psicólogo podría ser de gran ayuda y solicita una cita. El problema de María José no tiene mucha importancia en estos momentos; sólo decir que desde hacía mucho tiempo mantenía en secreto algo que no le había contado jamás a nadie y que le hacía sentirse fatal. Pensó que cuando el psicólogo le preguntase acerca de su problema, ella por fin tendría ocasión de desahogarse y posiblemente encontrar una salida después de tanto tiempo. Pensaba también que el psicólogo sería un buen profesional, acostumbrado a escuchar las cosas más extrañas y experto en tranquilizar a las personas.

Pero las cosas fueron muy distintas: María José llegó a la consulta y se encontró con alguien que parecía más preocupado por tomar notas que por escucharla a ella. Se sintió muy mal, pues le resultaba muy difícil hablar de su problema con un desconocido que ni la había mirado a los ojos, ocupado como estaba en escribir y escribir. Y aún ocurrió otra cosa que hizo que María José desistiera de informarle acerca de lo que de verdad le preocupaba: tan pronto como ella le dijo que era un tema de ansiedad y que el médico la estaba tratando con ansiolíticos, el psicólogo pareció que ese *diagnóstico* era suficiente y em-

pezó a preguntarle por su infancia, haciendo especial hincapié en la relación con su madre, y cómo habían sido sus primeras menstruaciones. Esto ya desconcertó totalmente a la pobre chica, que salió de allí sintiéndose peor de lo que había entrado, al haber agotado lo que ella creía que era su última oportunidad.

En fin, vamos a quitarle dramatismo al asunto y a terminar con un final feliz: un amigo le recomendó un psicólogo que conocía y que pensaba que era muy buen profesional y por fin María José pudo contar su gran secreto y permitir que alguien le ayudase a solucionar el tema que tanto la angustiaba.

¿Qué tipo de información ha de recoger el psicólogo en estos primeros momentos? Pues esencialmente ha de obtener una descripción precisa, evitando al máximo las interpretaciones sobre la misma. Esto quiere decir que si el cliente nos dice que ha tenido un altercado en el ascensor no necesariamente tenemos que concluir que es una persona agresiva; y mucho menos cuestiones como inferir que tuvo una educación muy restrictiva sólo porque le cuesta hablar de lo que le pasa. El psicólogo tiene que *aprehender* la realidad en la que vive el cliente; él es su principal fuente de información, si bien veremos que también se utilizan otras fuentes complementarias. No olvidemos que el psicólogo, si quiere elaborar una hipótesis explicativa del problema, ha de contar con datos que le permitan describir los comportamientos inadecuados del sujeto en una situación determinada para luego poder relacionarlos funcionalmente. El cliente le cuenta, le describe lo que le ocurre; el profesional ha de saber obtener por medio de la entrevista información sobre las respuestas problema, las situaciones estimulares en las cuáles se dan y las consecuencias que de esas respuestas se derivan. La respuesta aislada, independiente del contexto, no tiene ningún valor. Si el cliente nos dice que llora mucho, *a priori* no podemos afirmar si ello es malo, bueno o todo lo contrario. La respuesta de llorar se puede convertir en algo que hay que modificar si resulta que llora nada más abrir los ojos por las mañanas o viendo la película *La vida de Brian* en compañía de un divertido grupo de amigos; o cuando un amigo le pregunta qué tal

le va la vida. Lo que tiene sentido para el psicólogo es la interacción entre las respuestas y los estímulos de las cuales son función, es decir, el comportamiento tal como lo definimos en el primer capítulo de este libro. Así que la entrevista ha de estar dirigida a recabar datos de forma exhaustiva sobre los elementos que forman parte de esas interacciones y sobre sus parámetros topográficos, esto es, aquellos que permiten describirla en términos de frecuencia, duración e intensidad. Con ello obtendremos un conjunto de problemas que presenta el individuo, que pasaremos a analizar uno a uno. Es decir, después de haber concluido que nuestro cliente tiene: sensación de tristeza continua, apatía, desgana, llanto frecuente, problemas para dormir por la noche y pensamientos continuos sobre su falta de valía, tenemos que evaluar cada uno de ellos y describir cómo aparecen en el tiempo tales problemas. Se trataría de describir las secuencias temporales de cada problema, como se suceden los distintos elementos en el tiempo. Más tarde el psicólogo relacionará funcionalmente los distintos elementos implicados en la secuencia según la cual se produce la conducta, pero por ahora se limitará a recoger la máxima información posible.

Siguiendo con el ejemplo del llanto y retomando el caso de Manuel (aquel chico al que lo había dejado la novia y se sentía muy deprimido), el psicólogo estará interesado en conocer cuándo y cómo ocurre esta respuesta; en ese sentido le preguntará en qué momentos llora, qué está haciendo o pensando cuando empieza a llorar, si hay gente delante y quiénes son, qué hace después, qué hacen los demás, en qué momentos del día llora más, etc. Y de esa manera podrá describir las secuencias del llanto: entra en su dormitorio y se encuentra de frente la foto de su ex novia; eso le hace recordar que la ha perdido y empieza a llorar. Continúa mirándola y repitiéndose lo desgraciado que es y lo triste que es su vida. Entonces llega su madre, quien se sienta a su lado y lo consuela con mimos y caricias. Ésta es una secuencia posible. Así procederíamos con otra y otra y otra más, hasta haber descrito todas las secuencias que configuran el problema de Manuel, es decir, su depresión. Es importante que las des-

cripciones incluyan parámetros cuantitativos, es decir, que podamos establecer la frecuencia, la intensidad y la duración de los llantos de Manuel. Frecuencia y duración son relativamente fáciles de precisar, al menos respecto a la conducta de llorar: podemos decir si un día concreto ha habido tres episodios de llanto, el primero de ellos con una duración de cinco minutos y el segundo y el tercero de aproximadamente veinte. La intensidad es más difícil de medir en este tipo de respuestas, ya que no es fácil decir si un episodio de llanto fue más intenso que otro y éste que un tercero. Evidentemente, si son muy extremos es más fácil, pero en los valores medios es más difícil discriminar. Para ello normalmente el psicólogo entrena al cliente en el uso de escalas subjetivas, que servirán para medir la intensidad de un dolor de cabeza tanto como la tristeza que se siente en un momento concreto, pasando por el nivel de ansiedad o la intensidad del llanto. Normalmente se le pide al cliente que establezca los valores mínimo y máximo de la escala, en este caso, lo que Manuel entiende que es un llanto muy débil y lo que considera el llanto más intenso posible. Para ello es muy útil recurrir a la propia experiencia y pedirle que recuerde el momento, desde que lo dejó su novia, que lloró con más desesperación y el momento en que lo hizo con más tranquilidad. Esas situaciones corresponderán al valor máximo (generalmente 100) y mínimo (0) de la escala de 100 puntos que vamos a utilizar a partir de ahora y en función de la cual aprenderá a valorar la intensidad de cualquier otro episodio de llanto.

La utilización de estos parámetros cuantitativos es muy útil para la obtención de la línea base y la medición de los cambios que se vayan produciendo a lo largo de la intervención. Es el referente que nos servirá para comprobar los progresos: si los episodios de llanto tenían una intensidad media de 60 y a las cuatro semanas ninguno supera el valor 50, sabremos que el tratamiento está siendo efectivo. Del mismo modo si se pasa de una frecuencia media diaria de cinco a tres episodios y de una duración de 10 minutos a una media de 7.

Otra cuestión fundamental durante el período de recogida de datos, tal como hemos visto hasta ahora, es la

operativización de la información. ¿Qué quiere decir operativizar la información? Pues traducirla, expresarla en los términos más objetivos, claros y cuantitativos posibles. Volvamos al caso de Manuel: afirmar que Manuel está deprimido no nos informa de las características de su comportamiento. Decir que alguien tiene fobia a los aviones nos dice muy poco acerca de su reacción de ansiedad y de cómo se produce. Cuando evaluamos un problema clínico, hemos de precisar lo más exactamente posible cómo ocurre dicho problema y en qué situaciones concretas se da; y todo ello diferenciando las tres formas de manifestación de la conducta humana: motora, cognitiva y fisiológica. No todas las manifestaciones se presentan alteradas en un problema; por ejemplo, en el caso de Manuel existen alteraciones en las manifestaciones fisiológicas u orgánicas del comportamiento, ya que tiene problemas de sueño y falta de apetito, llora frecuentemente y se siente muy cansado. Igualmente el nivel cognitivo presenta ciertas manifestaciones problemáticas, como los pensamientos relativos a que nunca volverá a ser feliz o solamente lo será si su novia lo vuelve a querer. Y en cuanto a las manifestaciones motoras, vemos que ha disminuido su nivel de actividad y apenas sale de casa. Pero no todas las depresiones se manifiestan como la de Manuel. Hay personas que cuando se deprimen duermen mucho más o comen de forma insaciable. Y en cuanto a las fobias y los problemas de ansiedad en general, las manifestaciones difieren más todavía entre unas personas y otras y entre los distintos momentos del proceso de aprendizaje del problema: existen individuos que cuando se ponen nerviosos dicen que «los nervios se les concentran en el estómago»; otros, sin embargo, sienten que se ahogan, que no pueden respirar. Muchos otros se repiten de forma continua que «no son capaces» y, por el contrario, los hay que afirman que no piensan nada, simplemente tienen la mente en blanco. Y así hasta la saciedad. Por ello, recordemos cómo lo explicábamos en los dos primeros capítulos, poner una etiqueta para definir un problema no es en absoluto suficiente para diseñar un tratamiento. Y en el mismo sentido, cuando es el cliente quien afirma: «Me siento triste» o «estoy nerviosa», el psi-

cólogo tiene que ser capaz de llegar a identificar qué es lo que sienten, piensan y hacen esas personas cuando dicen que se encuentran mal (y, por supuesto, el contexto en el cual se producen esas manifestaciones de tristeza o nervios).

Antes de pasar a comentar las estrategias con las que cuenta el psicólogo para recoger la información (hasta el momento sólo hemos hablado de la entrevista y apuntado la utilización de autorregistros), veremos alguna otra característica de la misma. La información que recoja el psicólogo ha de ser relevante para el problema concreto que plantee el cliente. Como comentábamos en el caso de María José, no tiene mucho sentido pedir información sobre las primeras menstruaciones cuando tenemos delante a una chica de veintidós años que dice estar muy nerviosa. En la misma línea, preguntarle a alguien cómo son sus relaciones sexuales cuando acude al psicólogo porque le tiene miedo a los ratones y le acaban de dar un trabajo en un laboratorio de investigación animal, tampoco parece muy adecuado. O si acude una pareja que duda si divorciarse o intentar seguir juntos, no tendría sentido que quisiésemos obtener información sobre si les provocan miedo los espacios cerrados o sus padres les pegaban cuando eran pequeños.

En definitiva, dos son las características fundamentales que ha de tener la información que se recoja en las primeras sesiones: que sea descriptiva y que sea relevante para el caso.

Por lo que respecta a las estrategias utilizadas para obtener datos sobre el problema son de muy diversa índole: entrevista, observación, autoobservación, autoinformes (cuestionarios, inventarios y escalas) y medidas psicofisiológicas. Utilizaremos unas u otras en función del tipo de respuesta que estemos evaluando. La estrategia utilizada ha de ser económica, pero desde luego efectiva. Quiere decir esto que si queremos ver si una persona sabe relajarse podemos pedirle que lo intente y observarla o podemos utilizar un aparato de registro de la actividad electromiográfica (nos informa de la tensión del músculo en el cual hayamos colocado los electrodos). La segunda es mucho más cara y no la utilizaremos si mediante el pri-

mer procedimiento podemos conocer lo que queremos. Pero si tenemos dificultades para ello, tendremos que utilizar el registro electromiográfico, a pesar de ser más costoso. O si queremos saber cuántos cigarrillos consume diariamente el cliente que quiere dejar de fumar, un procedimiento fácil, eficaz y económico es pedirle que anote en un papel cada cigarrillo que fuma; es verdad que también podríamos trabajar con un colaborador que lo acompañase durante todo el día y que registrase el consumo de cigarrillos, pero este procedimiento, aunque puede ser muy eficaz es indudablemente más caro y difícil de llevar a la práctica.

De todas estas estrategias de evaluación, hay una que siempre está presente y que es la primera en el tiempo, que es la entrevista; a través de la entrevista obtenemos los primeros datos sobre la demanda del cliente y, en función de éstos, decidimos utilizar otras estrategias complementarias de recogida de información. Quizá la palabra adecuada a usar no sea «complementarias», porque hay casos en los que la estrategia principal es otra distinta de la entrevista; por ejemplo, cuando se trata de problemas con manifestaciones orgánicas y se utilizan fundamentalmente registros psicofisiológicos y observación.

Pero vamos a explicar con cierto detenimiento en qué consisten unas y otras estrategias.

La entrevista clínica no se diferencia excesivamente, al menos en cuanto a la forma, de cualquier otra entrevista que podamos imaginar; es decir, a través del diálogo dirigido por una persona (el entrevistador que hace las preguntas) se obtiene información de la otra. Sin embargo, sí difiere respecto al objetivo, que no es otro que el de *obtener información precisa, objetiva y relevante* acerca del problema o problemas que el cliente quiere solucionar. El tipo de entrevista que habitualmente realizan los psicólogos clínicos es abierta pero dirigida. ¿Qué quiere decir esto? Pues que no se van a encontrar ustedes con una especie de formulario hablado al cual tienen que responder de forma más o menos concisa, con una pregunta detrás de otra establecidas previamente, sin que su respuesta dé pie a la pregunta siguiente. Por el contrario, el psicólogo estará muy atento a sus respuestas, pues de

ellas depende la pregunta que le hará a continuación. Por otra parte son preguntas abiertas, en el sentido de que no hay unas opciones de respuesta establecidas *a priori* a las cuales se tienen ustedes que ceñir; las preguntas suelen ser generales, especialmente al inicio de la evaluación si bien en momentos posteriores, cuando se quiere profundizar en aspectos concretos, el tipo de preguntas se va haciendo más preciso.

Y, sobre todo, no hay respuestas buenas y malas. No se trata de dar la mejor impresión al psicólogo, no vayan a creer que somos de tal o cual manera. No, se trata de exponer las cosas tal como son (o cómo nosotros creemos que son, ya se encargará el psicólogo de contrastar la información), al fin y al cabo quien nos escucha es un psicólogo clínico, un especialista en modificación del comportamiento, al que hemos acudido en busca de ayuda. Pero estas cuestiones nos las clarificará el propio psicólogo prácticamente al inicio de la sesión, al tiempo que nos asegura la más absoluta confidencialidad sobre todo lo que se diga allí. Y también nos dirá lo esencial de nuestra participación, al fin y al cabo somos los que vamos a proporcionar los datos para que él pueda trabajar. Un símil que suelen utilizar los psicólogos para que el cliente entienda la importancia de su actuación durante la recogida de datos es la del ordenador. Y ésta la explican más o menos así:

> Imagínese que yo soy un ordenador muy potente, con una gran capacidad para almacenar y organizar la información que se introduce en mi disco duro. Además tengo instalados los mejores programas de procesamiento de datos, de forma que los análisis que haga y las conclusiones a las que llegue con ellos serán óptimas. Y también cuento con procedimientos que me indican qué tipo de datos le tengo que pedir a usted. Pero es usted, finalmente, quien mete la información inicial, en virtud de la cual yo seguiré por un camino u otro; y una vez tomado algún camino, también es usted el que sigue decidiendo la información que quiere proporcionar. Esto no quiere decir otra cosa que, por muy bueno que sea yo, los datos los pone usted.

Bien, aunque crean ustedes que lo que el psicólogo está haciendo es hablar muy bien de sí mismo y de lo excelente profesional que es, su objetivo es otro radicalmente diferente: que usted entienda que hasta los sistemas más expertos precisan de alguien que introduce los datos y si los datos introducidos son falsos o incorrectos, todas las maravillas que haga el ordenador con ellos serán inútiles. Y con esto también entienda cuál es su parte de responsabilidad en el proceso terapéutico, responsabilidad que se inicia desde el momento en que empieza la evaluación y se mantiene hasta el alta definitiva.

Una estrategia que suele utilizar el psicólogo para que al cliente le resulte más fácil concretar el problema es pedirle que describa una situación o episodio concreto en que tal problema se manifestó; generalmente se insiste en que sea la última vivida o de la más recientes, para poder recordar más fácilmente cualquier detalle que pueda resultar relevante. Por ejemplo, «qué ocurrió ayer por la mañana cuando usted comprobó que su hijo se había hecho pis una vez más. ¿Qué hora era?; ¿qué le dijo él?; ¿qué le dijo usted?; ¿qué hizo después?» Y así sucesivamente, hasta tener una descripción completa de la situación.

El lenguaje que utiliza el psicólogo durante la entrevista ha de ser lo suficientemente claro y asequible para el cliente concreto, atendiendo desde luego a su nivel cultural. Suele prescindir, en la medida de lo posible, del uso de palabras técnicas o, en su caso, explicarlas en términos de lenguaje cotidiano y garantizar que el cliente le está entendiendo. Aunque es verdad que con el paso del tiempo, el propio cliente acabará utilizando algunas de las palabras y tecnicismos propios de la clínica, es especialmente importante que en las sesiones iniciales el lenguaje sea claro y directo. No se trata de hacer como dicen las malas lenguas que hacen los médicos: utilizar un lenguaje críptico plagado de términos que sólo ellos entienden, dejando al paciente (en este caso si utilizamos esta palabra) sumido en un mar de confusiones sobre qué es lo que le pasa y sin atreverse a preguntar, «no vaya a ser que piense que soy tonto». Quizá la información descrita en términos técnicos sea mucho más exacta, pero eso lo dejaremos para hablarlo con nuestros colegas de profe-

sión. Ahora lo importante es que nuestro interlocutor nos entienda perfectamente, para que así pueda responder a nuestras demandas y avancemos en el proceso terapéutico.

Una cuestión importante que se suele clarificar en la primera entrevista y, por supuesto, antes de plantear una intervención clínica es señalar cuál es el objetivo del cambio. Muchas personas cuando vienen a la clínica plantean que les gustaría modificar el comportamiento de su pareja, de su hijo, de su profesor o de su compañero de trabajo porque piensan que lo están pasando mal *por culpa de* ellos y, por lo tanto, sólo si cambian ellos se sentirán mejor. Plantean un problema propio pero entienden que la solución no está en ellos mismos, sino en el comportamiento de los otros o en una situación externa sobre la que, creen, no pueden actuar. Y aquí el psicólogo ha de ser radical, dejando claro que el objetivo del cambio *siempre ha de ser el comportamiento personal* del cliente. Es muy posible que la persona que describe lo que le pasa *por culpa de otros* tenga razón y realmente el comportamiento del otro, sea quien sea éste, esté directamente relacionado con su malestar; es más, incluso puede ser que ese otro se comporte de una forma verdaderamente indeseable. Pero a nuestro cliente le hemos de dejar bien claro que lo único que nosotros podemos hacer es modificar su propio comportamiento y que, probablemente con esos cambios en su comportamiento, modifique el comportamiento de las otras personas. Antes hemos nombrado a Luis, un señor que acude a consulta porque no soporta que la gente hable alto a su alrededor y quiere conseguir que todo el mundo hable bajo. En este caso podemos pensar que efectivamente, Luis ha tenido la mala suerte de rodearse de gente que sólo sabe hablar a gritos; es más, puede que el propio Luis produzca un efecto sobre las personas que se acercan a él que les incite a gritar. Pero aun así, nada podría hacer el psicólogo como no sea modificar el comportamiento del propio Luis ante los supuestos gritos de la gente. E incluso si esto que comentamos del «efecto altavoz» de Luis fuese verdad, por alguna circunstancia mágica que a nosotros, psicólogos, nos fuese muy difícil de explicar, y los cambios en el comportamiento de Luis no diesen lugar a cambios en el com-

portamiento de los que le rodean, entonces enseñaríamos a nuestro cliente a adaptarse a esa situación tan aversiva, mediante el aprendizaje de nuevas conductas y habilidades que le permitiesen sentirse mejor (por ejemplo, en el más simple de los casos, le indicaríamos que se pusiese unos tapones en los oídos).

Evidentemente, esto lo hemos narrado como una broma, pero el fondo es absolutamente cierto: el psicólogo ha de explicarle al cliente que sólo puede enseñarle a él y, quizá, con ese aprendizaje consiga cambiar el entorno que le rodea. Pero aun en el caso de que esto no ocurra y el entorno no cambie significativamente, sólo nos queda enseñarle a adaptarse al entorno (o, y esto sería un caso distinto, el cliente tendría que conseguir que la otra persona aceptase ir a consulta).

Vamos a poner otro ejemplo más serio. Es el caso de Elena, de la que hablaremos en el último capítulo. Elena es una chica joven que vive con sus padres. La situación familiar es muy conflictiva, las discusiones son continuas, el padre bebe en exceso y ella no sabe qué hacer ante las múltiples peleas que se producen en su casa. Es hija única y no tienen problemas económicos debido a unas sólidas rentas familiares; está estudiando en la Universidad, pero en los últimos años se ha retrasado en los estudios porque el ambiente familiar se empezó a volver irrespirable. Hasta el momento había sido una excelente estudiante y el fracaso académico la deprimió totalmente. Por eso viene a vernos. A primera vista parece claro lo que tenemos que hacer: mejorar el ambiente familiar y de esa forma se acabaron los problemas de Elena; o que Elena se vaya a vivir fuera de casa y se mantenga alejada del ambiente conflictivo. Pero ninguna de las soluciones es posible: no tiene dinero para vivir sola ni quiere dejar la carrera y ponerse a trabajar y los padres no están dispuestos a ayudarla, así como tampoco están dispuestos a ir al psicólogo para resolver sus problemas conyugales y, en el caso del padre, de consumo de alcohol. Entonces, ¿qué podemos hacer? Pues lo que dijimos hace un momento: enseñarle a Elena a vivir en esa situación tan incómoda, enseñarle a controlar su estado de ánimo ante los elementos adversos y enseñarle a organizar su vida de

manera que reduzca al máximo la exposición a dichas situaciones. Y siempre con una perspectiva clara: cuanto antes finalice los estudios y consiga un trabajo, antes podrá salir definitivamente de esta situación. Puede ser muy duro tener que llegar a esa conclusión, pero es la única posible para el psicólogo.

Porque ha de quedar claro que en clínica no se puede intervenir directamente sobre el comportamiento de una persona que no demanda ayuda. El psicólogo no va por ahí diciéndole a la gente qué es lo que hace mal o bien y qué tienen que cambiar. Aunque veamos claro, como en el caso de Elena, que el comportamiento de sus padres es una fuente importante de problemas, no por ello intentaremos modificarlo (si no lo quieren, claro está). Lo más importante es insistir aquí en que el comportamiento del cliente es el objetivo del cambio. Y más aún, muchas veces son características no comportamentales de la situación estimular, del contexto en el que éste vive, como pueden ser características físicas o económicas, las que están directamente relacionadas con los problemas y sobre las que tampoco vamos a poder incidir fácilmente: tales características van a seguir siendo las mismas y desde la clínica el psicólogo no va a poder cambiarlas.

El ámbito de trabajo, el ámbito familiar, son difíciles de modificar en el sentido que nosotros queramos: seguiremos viviendo en la misma casa que no nos gusta y que nos deprimía, seguiremos teniendo un jefe que nos exige por encima de lo que podemos dar y nos critica de forma sistemática lo que hacemos; nuestros padres se pasarán el día peleando a pesar de que eso nos impide centrarnos y estudiar; seguiremos teniendo que utilizar ascensores y coches y aviones aunque el mundo nos parecería más agradable si no existieran estos aparatos; y la gente que queremos nos seguirá dejando en un momento u otro. Es decir, aunque quisiésemos cambiar el mundo en el cual se dan los problemas, difícilmente conseguiríamos solucionarlos definitivamente, ya que la situación se podría reproducir en un momento posterior y tendríamos que iniciar de nuevo el proceso.

Sin embargo, muchas personas que acuden al psicólogo solicitando ayuda profesional plantean que lo que

les gustaría es que el mundo a su alrededor cambiara para que se adecuara a lo que consideran su mundo ideal, donde el propio sujeto funcionaría perfectamente: si mi pareja hiciera tal cosa, si mis amigos hicieran tal otra, si mi jefe fuese así o asá, si prohibieran los ascensores, si no existieran las serpientes... entonces yo sería feliz.

Lo que hace el psicólogo es modificar el comportamiento del cliente ante esas situaciones o personas. Por ejemplo, si yo dejo de responder agresivamente a alguien que me ha increpado también de forma agresiva, disminuyo considerablemente las posibilidades de enzarzarme en una disputa. Si no me gusta que me llamen Purita y quiero que me llamen Pura, pero a pesar de las veces que lo he dicho hay personas en mi familia que insisten en llamarme así, podré intentarlo *extinguiendo* ese comportamiento. ¿Qué quiere decir esto? Tal como hemos visto en el Capítulo III, uno de los procedimientos de aprendizaje operante es la extinción, que no es otra cosa que interrumpir de forma radical el reforzamiento que mantiene una determinada conducta. Está claro que cuando una persona llama a otra lo que espera es conseguir su atención. Si alguien me llama «Purita» y yo lo atiendo, estoy reforzando que me sigan llamando Purita. Por lo tanto, si quiero conseguir de verdad que abandonen ese nombre que tanto me disgusta *es ignorar la llamada en todas y cada una de las ocasiones* que se dirigen a mí con ese nombre. Y el procedimiento me quedaría bordado y sería mucho más rápido si, en primer lugar, aviso a estas personas de cuál va a ser mi comportamiento futuro y, en segundo lugar, contesto de forma inmediata (y a ser posible, con una sonrisa) cuando ya, cansados y hartos de no conseguir mi atención, al fin me llaman «Pura».

A modo de resumen diremos que en el tratamiento, a través del cambio del propio comportamiento, es posible provocar cambios en el medio en el cual éste se da, de forma que reduzcamos la posibilidad de aparición de conductas molestas o, al revés, consigamos que las personas que nos rodean se comporten como deseamos. En este segundo caso cambiamos nuestro comportamiento para conseguir unas consecuencias, unos efectos en los demás que no podíamos conseguir hasta ahora y que

constituyen el núcleo del problema. Pero siempre, en unos casos y en otros, el objetivo es el cambio del comportamiento del cliente.

Antes de terminar con el tema de la entrevista y pasar a otras estrategias de recogida de datos, nos queda por comentar una situación que es frecuente que se produzca en la clínica. Nos referimos a la entrevista con familiares o personas relacionadas directamente con el cliente, que realizamos como forma de contrastar y ampliar la información que éste nos ha proporcionado. Suele ser muy útil conocer algunos aspectos del problema desde la perspectiva de otras personas que lo conocen, no sólo en el momento actual, sino que han visto su evolución. Por eso no nos debe extrañar que el psicólogo nos pregunte si tendríamos algún inconveniente en citar a la madre, al padre, al novio, al amigo o a cualquier otra persona que nosotros le hayamos dicho que es relevante. No se trata de comprobar si mentimos o no, sino de conocer otras perspectivas y completar la información con los valiosos datos que nos puede proporcionar alguien de nuestro entorno que conoce directamente el problema.

Y pasemos ya a la siguiente estrategia de recogida de datos que es la observación. La observación sistemática de los acontecimientos tal como se producen en el medio natural o en una situación controlada de laboratorio es una de las técnicas clásicas en múltiples disciplinas científicas, entre las que la psicología no es una excepción. Para poder observar un comportamiento es imprescindible que éste sea manifiesto, externo; en este sentido, están fuera del alcance de la técnica de observación las conductas encubiertas, como pueden ser los pensamientos y otras cogniciones en general. La observación tiene unas ventajas indudables sobre otras estrategias de recogida de datos: es una técnica directa y por ello no está sujeta a los efectos de parcialidad, distorsión u olvido que puede sufrir la información proporcionada por el cliente a través del lenguaje.

Una de las condiciones indispensables para que la observación sea eficaz es definir previamente de forma clara y objetiva qué es lo que tenemos que observar. Por ejemplo, si estamos evaluando el comportamiento de una per-

sona con problemas para relacionarse con los demás, no es muy útil definir la situación de observación de la siguiente manera: «Vamos a observar cuándo Pepe se relaciona mal con la gente.» Una instrucción de este tipo es totalmente confusa. ¿Qué es relacionarse mal? ¿Cómo podemos afirmar si una interacción entre Pepe y José Manuel es mala? Sería mucho más eficaz que definiéramos el problema de Pepe, que hemos denominado «problema de relación con los demás», de forma operativa, listando los comportamientos que emite Pepe que resultan ineficaces en sus relaciones sociales. Y en el caso de la observación, nos centraríamos en los comportamientos motores, externos. Y estableceríamos un listado similar a éste:

- Contabilizar las veces en que mira a los ojos cuando le hablan.
- Contabilizar las veces en que el interlocutor tiene que preguntar o acercarse mucho porque habla bajo y no lo oye.
- En las conversaciones en grupo, contabilizar el número de veces que interviene.

Un listado de este tipo definiría con claridad y objetividad en qué se tiene que fijar el observador, sin necesidad de realizar ninguna interpretación del comportamiento de Pepe.

También por observación se pueden obtener datos de los estímulos antecedentes y consecuentes del comportamiento, que nos permitirá establecer las secuencias sobre las que luego trabajaremos para hacer el análisis funcional. Siguiendo con el ejemplo de nuestro amigo Pepe, mediante observación podemos recoger datos de cuándo ocurren las conductas que hemos listado anteriormente. Y así podremos comprobar si Pepe mira a los ojos cuando le habla un varón pero no una mujer, o cuando le habla alguien más joven pero no de su edad o mayor; o si el interlocutor es alguien a quien considera un superior. De la misma manera, identificaremos que si está en un grupo de cuatro personas, no abre la boca aunque el tema del que se esté hablando sea su especialidad. Y exactamente igual procederemos con los estímulos consecuentes: si

cuando habla bajo su interlocutor le dice que suba el volumen, que no se está enterando de nada, entonces Pepe se pone colorado como un tomate, empieza a tartamudear y al cabo de unos minutos farfulla una disculpa y se va a toda prisa.

La observación la podemos realizar en el medio natural del sujeto o en una situación simulada, que puede ser en la misma clínica o en algún lugar que hayamos preparado para tal efecto. O también puede ser en un contexto natural pero en el que *preparemos* la situación. Por ejemplo, si queremos evaluar la respuesta de ansiedad ante los ratones, es difícil acompañar al cliente durante los días que sea necesario hasta que, por casualidad, se nos cruce un ratón y podamos observar su reacción; esto es mucho más fácil si los elementos ansiógenos son habituales en el medio; sería el caso de una fobia a los ascensores, no tenemos más que acompañar al cliente a cualquier ascensor que nos quede cerca o al de su propio edificio. En el caso del ratón, podemos preparar una sesión de observación en la clínica, donde habremos dispuesto una jaula con algún ratoncito que va a ser nuestro colaborador en la observación. Si el problema del individuo es de tipo social, de relación con los otros, podemos observarlo, desde luego, en la propia situación de entrevista o podemos simular una situación social con colaboradores en la clínica para ver cómo se comporta. O incluso podremos acompañarlo a la calle y observar su comportamiento con el camarero en un bar, el dependiente de una librería o el cajero de unos grandes almacenes.

El tipo de observación que hagamos, natural, simulada o combinando ambos elementos, se elige en función de lo factible de la misma, entendiendo por factible no sólo que *materialmente* pueda hacerse sino que no implique mucho gasto de tiempo y/o dinero. De esta forma, es verdad que podemos observar el comportamiento de un fóbico a los aviones dentro del propio avión, pero ya podemos imaginar lo caro que nos saldría viajar con él con el único objetivo de observarlo. Por otra parte, sería difícil controlar la situación de observación, ya que no podríamos predecir ni tener ningún control sobre cómo

sería el viaje: si el avión se movería o no, cómo serían las condiciones atmosféricas, si tendríamos problemas de demora, si nos tocase un compañero de asiento de los típicos que combate su miedo a costa de poner nervioso a todo el pasaje, etc. Es decir, optaríamos por algún procedimiento distinto para evaluar dicho comportamiento fóbico.

Un aspecto que no debemos olvidar cuando utilizamos la estrategia de observación directa para recoger datos para la evaluación es que la presencia de un observador externo y/o la certeza de que estamos siendo observados altera en cierta medida el comportamiento en relación a cómo se manifiesta habitualmente. Esto es algo que el psicólogo sabe y tiene en cuenta a la hora de analizar los datos obtenidos.

Una buena alternativa a la *observación* natural, más utilizada que ésta en la práctica clínica, es la *autoobservación,* es decir, entrenar al propio cliente en la observación de su conducta tal como se produce durante su vida cotidiana. Este procedimiento es utilizado en prácticamente todos los casos que se atienden en la clínica. Es verdad que existen excepciones, relacionadas con problemas que aumentan en frecuencia o intensidad cuando el individuo se observa a sí mismo, o si se trata de niños pequeños, pero es un procedimiento habitual. Para que el cliente, que es quien tiene el problema y quien lo sufre, aprenda a autoobservarse y a recoger datos que nos sirvan para el proceso de evaluación, el psicólogo ha de precisar con claridad en qué aspectos de la secuencia comportamental que vamos a estudiar ha de fijarse y proporcionarle un instrumento de registro del mismo. Autoobservación y autorregistro son dos procedimientos prácticamente inseparables, ya que de poco serviría que nos dedicáramos durante una semana entera a observar un determinado comportamiento si no realizáramos un registro de lo observado, pues sería realmente difícil poder recordar qué ocurrió en todas las ocasiones en que se manifestó el comportamiento a observar. La autoobservación tiene múltiples ventajas: es barato, se puede llevar a cabo en cualquier situación, ya que jamás habrá una en la que se produzca el problema sin la presencia del

cliente (evidente, ¿no?), elimina la posible reactividad producida por un observador externo y permite registrar cualquier tipo de conducta, aunque no sea manifiesta. En este sentido es muy útil para obtener datos acerca de variables cognitivas o manifestaciones fisiológicas. Y, por último, no interfiere en la vida cotidiana del sujeto, pudiendo realizarse incluso sobre aquellas conductas más íntimas o privadas. Éste sería el caso de la evaluación de la interacción sexual, en la cual es difícil imaginar que podamos utilizar un observador externo, o en conductas que se producen en privado, como pueden ser los vómitos autoprovocados por un cliente con un problema de bulimia.

Para que el procedimiento de autoobservación sea efectivo, el psicólogo le enseñará al cliente a llevarlo a cabo. No es algo tan sencillo como decir: «A lo largo de esta semana vas a registrar cuando te sientas mal». La instrucción así dicha es tan confusa que el cliente difícilmente sabrá qué hacer. Y al salir de la consulta, lo mismo que ocurría con aquel paciente del médico críptico, se verá sumido en un mar de dudas sobre lo que tiene que hacer y, probablemente, no hará nada. O no, por el contrario hay personas que reaccionarían poniéndose en el extremo opuesto y traerían a consulta un verdadero diario de lo que les ha ocurrido durante toda la semana, páginas y páginas llenas de información que conseguirían el mismo efecto sobre el psicólogo: sumirlo en un mar de confusiones.

Las reglas que dará el psicólogo para una autoobservación correcta son sencillas y han de permitir que el cliente aprenda con facilidad y rapidez esta nueva estrategia. Lo primero que habrá que conseguir es la discriminación de la conducta que tiene que observar. Esto puede parecer muy fácil, sin embargo en ocasiones no lo es tanto porque la conducta aparece de forma automática, sin que nos demos cuenta de ello hasta que pasa algún tiempo. Sirva de ejemplo el caso de Jacobo, aquel chico que se mordía las uñas: a veces pasaba hasta hora y media sin haberse dado cuenta y sólo cuando acababa la película y sentía el dolor en sus dedos, entonces sabía lo que había pasado.

Respecto a los procedimientos de autorregistro, a pesar de lo *rimbombante* que pueda sonar el término, suelen ser simples hojas de papel divididas en una serie de casillas donde el cliente anotará el elemento correspondiente, aunque hay veces que se utiliza algún tipo de artilugio mecánico o electrónico para realizar esta tarea. Por ejemplo, existen dispositivos en el mercado que se activan cuando el fumador saca un cigarrillo del paquete de tabaco, contabilizando de esta manera la cantidad de cigarrillos fumada y la hora en que se hace.

Siguiendo con los autorregistros más habituales, de papel y lápiz, tendremos la casilla del día, de la hora, de la situación en la que ocurre el comportamiento, de las manifestaciones del mismo, etc. Y todo ello descrito en términos operativos. Quiere esto decir que si a Carmen le pedimos que registre las secuencias comportamentales que le generan ansiedad, descripciones del tipo siguiente no nos son de gran ayuda: «El viernes por la mañana me empecé a poner muy nerviosa cuando comprendí que la reacción de Víctor era producto de lo que pensaba de mí, aunque yo nunca le había dado pie para que tuviera esas ideas. Cada vez me sentía peor y Víctor persistía en lo mismo. Lo que yo hacía no estaba sirviendo de nada.»

Pero en absoluto estamos culpando a Carmen de haber hecho mal el autorregistro, como no la culparemos de ninguna otra cuestión que se trate en la clínica: el autorregistro no es útil porque el psicólogo no ha entrenado lo suficiente a esta persona en su uso y no se ha cerciorado, antes de terminar la sesión terapéutica, de que Carmen había entendido perfectamente cuál era su tarea. La responsabilidad de Carmen es realizarlo pero la del psicólogo es explicárselo y comprobar que ha entendido lo que tiene que hacer.

¿Cómo sería un buen autorregistro? Pues siguiendo con el mismo ejemplo, la información recogida sería de este tipo:

Día:	3 de febrero.
Hora:	10:30.
Situación:	Mi compañero de trabajo (Víctor) me grita mientras le entrego un trabajo.

Reacción:	Palpitaciones, sequedad de boca, temblor en las manos, mente en blanco, «cree que soy una inútil». Aumento progresivo de la intensidad.
Consecuencia:	Me voy mientras sigo escuchando los gritos. Entonces me empiezo a tranquilizar.

Este ejemplo nos sirve para ilustrar, una vez más, la importancia de la labor del cliente y la responsabilidad compartida con el psicólogo en el proceso terapéutico y resaltar la utilidad de los datos que se pueden obtener mediante este procedimiento. Con lo que Carmen ha registrado podemos conocer cómo ella manifiesta su «ansiedad» (temblores, palpitaciones...), los estímulos que anteceden esta respuesta (situación de trabajo, gritos del compañero) y cualquier otro elemento que necesitemos para clarificar las secuencias conductuales. Y también va a servir para que Carmen se dé cuenta de cómo reacciona, conocimiento que será fundamental en el futuro cuando pongamos en marcha el plan de tratamiento. Porque difícilmente podremos conseguir que Carmen aprenda a controlar su conducta si no sabe cómo se produce ésta ni los estímulos con los que se relaciona.

Una cuestión de enorme importancia es instruir al cliente para que realice el registro *inmediatamente después de que se produce la conducta.* Quiere esto decir que no vale de nada que, antes de irnos a la cama, *reflexionemos* sobre lo que nos ha ocurrido hoy y lo llevemos al papel. Con ello anularemos una de las principales ventajas del autorregistro, que es la de posibilitar la recogida de la información en el momento en que se ha producido el evento a registrar (siendo un buen sustituto entonces de la observación directa), sin que sufra los efectos del paso del tiempo (tanto respecto a olvidos como a interpretaciones posteriores). Evidentemente no es fácil en todas las ocasiones registrar la conducta de forma inmediata. Imaginémonos que estamos dando una charla a un grupo y tenemos que autoobservar nuestra respuesta de ansiedad al hablar en público. No vamos a interrumpir la charla para tomas notas de si nuestro corazón se acelera porque

la chica del jersey blanco parece que se ríe de nosotros. Por tanto, matizaremos la instrucción diciendo que el registro ha de realizarse lo *más inmediatamente posible* a la ocurrencia del evento.

Pasaremos ahora a una tercera estrategia de recogida de información, constituida por los procedimientos de autoinforme. Bajo este término se engloban todos aquellas pruebas estructuradas, generalmente de papel y lápiz aunque en la actualidad existen algunos informatizados, mediante las cuales el sujeto proporciona información sobre sí mismo. Los autoinformes pueden tener diversos nombres según como estén confeccionados (el tipo de respuesta que incluyan, la forma en que estén redactadas las preguntas y cómo se puedan contestar las respuestas, etcétera); pueden denominarse cuestionarios, inventarios o escalas, si bien en la práctica se utiliza el término cuestionario para referirse a cualquiera de ellos (en el sentido de que lo que plantean son *cuestiones*. Y muchas veces también se les denomina, de forma general, *test*.

¡¡¡Por fin!!!, pensarán muchos de ustedes que a estas alturas se estarían preguntando qué tipo de psicólogos éramos que no hablábamos de los test. Probablemente se estarían diciendo cosas como las siguientes: «¿Pero los psicólogos no son las personas que pasan test?»; «¿no es a través de los test como ellos saben (y luego nos lo dicen a nosotros, ya que hasta que hacemos un test no lo sabemos) si somos listos o tontos, simpáticos o antipáticos, extravertidos o intravertidos, futuros buenos ingenieros o mejores jardineros?» Pues nos tememos que aquí les vamos a decepcionar: vamos a hablar muy poco de los test. Pero les explicaremos por qué.

Realmente, el psicólogo en la clínica de adultos, no suele utilizar muchos test. Los test tradicionales están construidos partiendo del supuesto de que existen unos rasgos de personalidad estables, que son los *responsables* de que una persona se comporte como lo hace. Esto quiere decir dos cosas: primero, si vemos que nuestra amiga Ana habla mucho con la gente, se relaciona muy bien, no le cuesta hablar de temas privados, diremos que Ana es una persona extravertida. O sea que afirmamos que existe un *rasgo de personalidad* estable y consistente

a través del tiempo y las situaciones que *explica* que Ana se comporte de esta manera. En segundo lugar, si pasamos a una persona desconocida un test de personalidad que nos dice que esa persona es extravertida, dicho resultado nos permitiría predecir el comportamiento de ese desconocido a lo largo de diversas situaciones y en diversos momentos temporales (predeciríamos que se comportará de la misma forma abierta y comunicativa que nuestra amiga Ana).

No es difícil comprender que esta concepción del comportamiento de las personas dista bastante de la que hemos descrito a lo largo de estas páginas, precisamente porque el objetivo en la clínica no es *predecir* el comportamiento de las personas sino modificar el comportamiento habitual mediante procedimientos de aprendizaje.

Es verdad que estamos siendo excesivamente simplistas con este planteamiento de los test tradicionales; los hay de muchos tipos, con muchos objetivos distintos que cumplen a la perfección y con unas ventajas indudables para hacer determinados tipos de evaluación, pero, dadas las características de este libro, no vamos a entrar en ello. Únicamente queremos exponer la diferencia de planteamiento que subyace a los test tradicionales y a la evaluación conductual y por qué éstos apenas se utilizan en la práctica clínica, con los objetivos y en la forma en que habitualmente se plantean.

Sin embargo, es frecuente que utilicemos lo que hemos denominado de forma general *cuestionarios,* como procedimiento de obtención de información relevante para el planteamiento terapéutico. Los cuestionarios plantean una serie de estímulos o situaciones (los *ítem)* que el individuo tiene que valorar en función de diversas cuestiones: en qué medida los asocia con un tipo determinado de respuesta, en función de la intensidad o frecuencia con que se da determinadas respuestas en situaciones concretas o, por citar sólo tres posibilidades, eligiendo una frase de un conjunto de varias que considera que describe mejor su comportamiento concreto en ese momento. Un ejemplo de una pregunta de un cuestionario sería el siguiente: «¿En qué medida le molesta "Estar en un lugar extraño"?»: «En absoluto»; «un poco»;

«ligeramente»; «mucho»; «muchísimo». Otro ejemplo puede ser éste: «Estás en una fiesta y ves a dos chicos hablando. No sabes quiénes son, pero te gustaría conocer a uno de ellos. En esa situación tú: 1) serías incapaz de iniciar una conversación; 2) serías capaz de iniciar una conversación en cualquier caso.»

Cualquiera que sean las respuestas que da el individuo, son entendidas como una *muestra* de su comportamiento y nunca como signo de algún elemento interno que se puede conocer a través de tales respuestas. Los cuestionarios *ahorran* tiempo al psicólogo en el sentido de que le permiten detectar con cierta rapidez en qué áreas pueden aparecer problemas, para luego evaluar más detenidamente los comportamientos concretos que se dan en dichas áreas.

Por otra parte, los cuestionarios y la entrevista son los únicos procedimientos directos para obtener información sobre las respuestas cognitivas del sujeto (pensamientos, atribuciones, creencias, etc.) y además, constituyen una forma de evaluar las respuestas psicofisiológicas (palpitaciones, tensión muscular, etc.) que si bien es indirecta (lo que se evalúa es la percepción del sujeto de tales respuestas) resulta mucho más económica que los registros psicofisiológicos.

Una última ventaja de la utilización de procedimientos de evaluación mediante cuestionarios es que permiten detectar los cambios ocurridos entre dos momentos de aplicación diferente, ya sea antes y después del tratamiento o en dos momentos de éste (al menos en lo que se refiere a cómo responde el sujeto a dichos instrumentos). De esa forma, a la pregunta del ejemplo anterior,: «¿En qué medida le molesta "Estar en un lugar extraño"?», un individuo con un problema de comportamiento agorafóbico puede haber contestado «muchísimo» durante la evaluación pretratamiento; una vez comenzado éste, optar por la opción «ligeramente» y cuando el tratamiento ha finalizado, contestar «en absoluto».

Y para terminar con el tema de las estrategias de evaluación, vamos a comentar brevemente en qué consisten las medidas psicofisiológicas. La evaluación psicofisioló-

gica es un procedimiento de observación dirigida a la obtención de datos sobre determinadas respuestas biológicas del cliente que pueden estar afectadas por los estímulos del contexto; por ejemplo, las pulsaciones del corazón, que suelen aumentar cuando sentimos miedo. Estos procesos, que llamamos psicofisiológicos, no se observan directamente y no pueden ser evaluados de otra manera que mediante aparatos que registran, amplifican y nos muestran la tasa cardíaca, la actividad muscular u otras respuestas. Los datos, como los obtenidos por cualquiera de los procedimientos que hemos comentado hasta aquí, se emplearán para el establecimiento del análisis funcional y la planificación y evaluación del tratamiento. Si consideramos que éste es el objetivo de la evaluación psicofisiológica en el ámbito clínico (objetivo evaluativo y terapéutico), se tratará de establecer en qué medida y manera afectan los eventos del medio a determinadas respuestas fisiológicas del cliente. Retomamos de nuevo el concepto de interacción: no importa la respuesta en sí misma sino la interacción entre los eventos.

Las medidas psicofisiológicas que se utilizan en la clínica son de muy diversa índole; pueden ser relativas a la actividad del sistema somático (posición del cuerpo, actividad electromiográfica, actividad respiratoria, etc.), del sistema autonómico (volumen sanguíneo, temperatura periférica, actividad electrocardiográfica, entre otras) y del sistema central (actividad eléctrica de la corteza cerebral). La mayoría de ellas requieren un aparataje complejo y generalmente costoso, si bien en la evaluación y tratamiento de algunos trastornos se hace indispensable. Éste sería el caso de Rosa, una mujer de treinta años que sufría desde hace ocho un movimiento espasmódico que afectaba a todo el lado izquierdo de la cara, especialmente a la zona del ojo y la boca. Había empezado de repente, después de un día en que había tomado varias tazas de café; al final de la tarde empezó a sentir palpitaciones y ahogos (lo que se suele denominar una «crisis de ansiedad») y la llevaron a urgencias. Allí le hicieron las pruebas correspondientes y no encontraron nada relevante; pronto se empezó a sentir mejor, pero al día siguiente empezó ese movimiento espasmódico que conti-

nuó durante todos esos años. En ese tiempo consultó a los mejores especialistas, neurólogos que le hicieron todo tipo de pruebas sin que nunca se llegara a determinar que hubiera una lesión. Así que uno de ellos le sugirió que consultara a un equipo de psicólogos de la Universidad Autónoma de Madrid, donde sabía que trabajaban en este campo, con el objetivo de que estudiasen la pertinencia de una intervención con *biofeedback*. *Biofeedback* es un término inglés que literalmente quiere decir «bio-retro-información»; consiste en informar al sujeto de forma inmediata y precisa del estado de una determinada respuesta. Partiendo de que es más fácil modificar aquello sobre lo que tenemos información inmediata y precisa, dar información sobre determinadas respuestas que el sujeto generalmente no percibe, facilitará el control sobre éstas. En el caso de Rosa, se trataría de informarla sobre el nivel de tensión muscular que tenían los músculos implicados en el hemiespasmo muscular facial que ella presentaba de forma continua, antes, durante y después del espasmo.

El aparato de *biofeedback* recoge, por medio de unos electrodos que se colocan en la zona afectada, la información de la actividad electromiográfica del músculo y la amplifican y convierten en una señal que pueda ser entendida por el sujeto, generalmente un sonido o una señal visual (gráfica, numérica, etc.). De esta forma, Rosa podía ver cómo su músculo se tensaba cuando comenzaba el espasmo y las variaciones, por pequeñas que fueran, que se iban produciendo en esa tensión. Y podía aprender que ella, *haciendo determinadas cosas*, era capaz de incidir sobre el nivel de tensión, hasta llegar a controlarla. Qué cosas tendría que hacer Rosa, como cualquier otro cliente tratado con un procedimiento de *biofeedback* es algo que sólo ellos van a aprender por *ensayo y error*, es decir, probando hasta que encuentran qué es lo que funciona.

Y así fue, después de tantos años Rosa fue capaz de aprender a controlar sus movimientos faciales espasmódicos. En este caso, no se encontró un procedimiento alternativo de tratamiento, neurólogos y psicólogos estaban de acuerdo en que era el único procedimiento posible.

Sin embargo, no siempre es así, ya que en la clínica se suelen utilizar otras estrategias de evaluación y tratamiento alternativas a las psicofisiológicas, que en muchas ocasiones son capaces de sustituir a éstas con la misma eficacia y mucho menos coste. Por supuesto que esto no quiere decir que las tenemos que desechar, sino todo lo contrario: su importancia es fundamental, especialmente en cuanto a investigación se refiere, pero en la elección de las técnicas de evaluación y tratamiento hay que tener en cuenta otros muchos factores, como por ejemplo el coste económico.

Con esto damos por terminado el tema de los procedimientos de evaluación, por lo que tendríamos que pasar al segundo punto señalado en el proceso de actuación en clínica, que es el establecimiento del análisis funcional y el establecimiento de los objetivos que se quieren alcanzar con la intervención. Pero esto ya lo dejamos para el siguiente capítulo. Sobre el tema que acabamos de exponer existe mucha bibliografía en castellano, de la cual hemos seleccionado algunos textos que sin duda ayudarán a los lectores a conocer más extensamente qué hace el psicólogo durante estas primeras sesiones de intervención a las cuales nos hemos referido aquí.

LECTURAS RECOMENDADAS

CARROBLES, J. A.; COSTA, M.; DEL SER, M. y BARTOLOMÉ, J. (1986), *La práctica de la terapia de conducta: Teoría y método de aplicación para la práctica clínica,* Valencia, Promolibro.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1994), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud,* Madrid, Pirámide.

LABRADOR, F. J.; CRUZADO, J. A. y MUÑOZ, M. (1993), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta,* Madrid, Pirámide.

LIBERMAN, R. P. (1974), *Iniciación al análisis y terapéutica de la conducta,* Barcelona, Fontanella.

CAPÍTULO V

La aplicación del tratamiento. Técnicas psicológicas de cambio del comportamiento

Una vez terminada la evaluación, el siguiente paso que dará el psicólogo será realizar el análisis funcional y decidir junto con el cliente, qué objetivos se intentarán alcanzar con el tratamiento. A partir de este momento, empieza la fase de intervención propiamente dicha.

LA REALIZACIÓN DEL ANÁLISIS FUNCIONAL Y EL ESTABLECIMIENTO DE LOS OBJETIVOS QUE SE QUIEREN LOGRAR CON LA INTERVENCIÓN

A lo largo del capítulo anterior, hemos insistido en que la recogida de datos se hacía desde una perspectiva descriptiva, sin establecer las posibles relaciones funcionales que existieran entre los distintos elementos implicados; describíamos las secuencias de los distintos problemas en distintas situaciones. En este segundo punto, que veremos ahora, se tratará de relacionar funcionalmente estos elementos. Porque en eso consiste el análisis funcional, en la identificación de las relaciones causales, relevantes y controlables que explican determinadas conductas de un cliente concreto. *Es la fase más compleja de la evaluación y la que exige un importante dominio teó-*

rico de la psicología clínica. En este momento, el psicólogo se encuentra delante de una serie de datos relevantes obtenidos a través de la entrevista, los autorregistros, la observación y, en su caso, la evaluación psicofisiológica; tiene datos de las respuestas actuales del individuo en cualquiera de sus tres niveles, motor, cognitivo y fisiológico, tiene datos de las situaciones estimulares antecedentes y consecuentes; tiene datos biográficos, socioeconómicos, históricos, de la evolución del problema... un montón de cosas que ahora tendrá que organizar para saber responder a la pregunta esencial: «¿Cómo y por qué se mantienen los problemas de conducta en este caso concreto (ya sea el de Jacobo, Susana, Carmen, Manuel o cualquier otro)?» La respuesta a esta pregunta permitirá contestar la siguiente: «¿Qué podemos hacer para cambiarlo?»

Tratar de hacer un análisis funcional de un comportamiento de una persona es analizar dicho comportamiento en términos de sus antecedentes (las cosas que ocurren antes y con las que está relacionado) y sus consecuentes (las cosas que ocurren después). El análisis funcional intenta explicar por qué en ese momento una persona se comporta como lo hace, y esto no es otra cosa que establecer hipótesis explicativas del comportamiento actual del sujeto. Consideramos que no es necesario insistir en por qué *actual* y no pasado: es verdad que un análisis funcional nos dice muy poco o nada de cómo se originó el problema, pero es que el pasado es poco relevante a la hora de establecer qué plan de tratamiento es el adecuado, ya que esto sólo se consigue analizando las interacciones que explican el problema en la actualidad.

El planteamiento científico en la resolución de un problema exige que el psicólogo establezca hipótesis sobre las causas o la explicación de por qué ese problema se da en una determinada situación y con una determinada frecuencia. Se trata de concretar, de circunscribir el problema a los momentos concretos en los cuales se produce. Una vez establecida la hipótesis se tratará de determinar si existen procedimientos o tecnología rápida y eficaz con la que se pueda solucionar el mismo.

Vamos a intentar aclarar un poco más el concepto de análisis funcional; éste es una explicación en términos de

aprendizaje del comportamiento del sujeto. Una persona se comporta como se comporta porque ha aprendido. Hacemos un análisis funcional cuando estamos observando el comportamiento del sujeto en su interacción con el contexto en el que vive y establecemos o explicamos su comportamiento por las relaciones funcionales que establece con los elementos del medio. Es decir, por el *aprendizaje que se está produciendo en ese momento.* ¿Por qué Manuel está triste? Porque cuando está triste obtiene la ayuda y los mimos de su madre y de sus amigos. La relación funcional que se establece es de condicionamiento operante, de reforzamiento positivo. En este caso, el comportamiento es la queja de Manuel y el estímulo consecuente (refuerzo) es la atención de los amigos. También podemos ver cómo se produce tristeza o depresión cuando hay una diferencia entre lo que el sujeto esperaba o deseaba y sus propios logros. Por ejemplo, una persona que ha suspendido en junio, habiendo estudiado y esperando aprobar. Lo que hemos hecho aquí es retirar una consecuencia positiva esperada y eso produce tristeza y depresión, que lleva a una demora, a tardar mucho en iniciar el comportamiento de estudiar. Muchas veces, cuando se explican estas cuestiones, se produce una reacción inmediata por parte de los interlocutores: «¿Me estás diciendo que yo estoy así de mal (triste, ansioso, obsesionado, lo que sea) porque tengo beneficios de ello?»; «¿me estás diciendo que lo hago (o lo hace) a propósito?» En absoluto, simplemente estamos diciendo que hemos evaluado que el comportamiento «x», léase llorar, quejarse, no salir solo de casa, ordenar los objetos de una forma determinada, esconderse de la gente, tiene unas consecuencias y, siguiendo los principios del condicionamiento operante, tales consecuencias determinan el incremento o decremento de dicho comportamiento. Y esto ocurre así, lo queramos o no. No se trata de que, como me miman, voy a quejarme, sino que mi queja está mantenida por los mimos y si éstos no se produjeran, mis quejas se reducirían. Pensemos en el ejemplo que habíamos puesto en el Capítulo II: Sara, la niña que ordenaba todos los objetos que se encontraban a su alrededor haciendo figuras geométricas, intentando imponer su propio orden

en ese *desorden* que ella encuentra en la casa para sentirse tranquila. Hablábamos de que podíamos explicar la adquisición y el mantenimiento de este comportamiento en función de procesos de condicionamiento clásico y operante, respectivamente. Decíamos que en la actualidad, Sara *luchaba* contra el desorden ordenando de forma sistemática y repetitiva cualquier objeto que se encontraba. Ésta es una forma de mantenimiento del problema (la conducta compulsiva de ordenar) por reforzamiento negativo: si recordamos en qué consiste este procedimiento (el incremento de una conducta retirando un estímulo), vemos que la conducta de ordenar está funcionalmente relacionada con la disminución del malestar que siente Sara ante el desorden que percibe. La disminución del malestar (retirada del estímulo) ocasiona que Sara mantenga esta conducta compulsiva de ordenar; ve un grupo de objetos *desordenados* y se siente mal (estimulación antecedente o estímulo discriminativo), los ordena (respuesta) y se siente mejor (el malestar se reduce, estimulación consecuente o refuerzo negativo). Si impedimos que, ante los objetos desordenados Sara no inicie ninguna conducta de ordenación, entonces impediremos el reforzamiento de esta conducta y por lo tanto su disminución hasta desaparecer.

En el mismo sentido, si conseguimos que la madre de Manuel no acuda a consolarlo cada vez que se lo encuentra llorando desconsoladamente ante las fotos de la novia perdida sino que, por el contrario, acude a mimarlo cada vez que Manuel sonríe o come o dice que va a dar un paseo, la conducta de llanto disminuirá mientras que las otras, que valoramos como positivas, aumentarán progresivamente.

El análisis funcional lo solemos hacer relativo a un período determinado, habitualmente de una semana, durante la cual al sujeto le suceden cosas, realiza determinados comportamientos que tienen determinadas consecuencias. El estudio de esas interacciones, de esas cadenas de comportamientos entre las situaciones estimulares y las respuestas que se dan a lo largo de una semana o del período que hemos estipulado, así como las regularidades que se van estableciendo en ellas es lo que

permite hacer un análisis funcional. Está claro que se requiere un estudio a lo largo de un período más o menos prolongado de tiempo, es decir, el estudio de una única interacción no es suficiente para establecer la hipótesis. Este período de tiempo es variable, pero nunca menor de una semana y generalmente no suele superar las cuatro semanas, en función del caso concreto. Durante ese período, los psicólogos profesionales suelen hacer diversos análisis funcionales con los datos que se van obteniendo con la evaluación, viendo si suceden interacciones en el contexto en el que vive el sujeto que explican los problemas que lo han traído a la clínica. Cuando ya ha concluido qué interacciones son las relevantes y se considera en disposición de establecer un análisis funcional definitivo para desarrollar el plan de tratamiento, le explica al cliente con sumo detalle su hipótesis de trabajo, la explicación que considera válida, en función de los datos obtenidos en la evaluación, acerca del mantenimiento del problema y lo discute con él hasta que ambos están de acuerdo en el tema. Esto quiere decir que el psicólogo no *impone* una explicación y espera que el cliente la *asuma* como *cierta*. En primer lugar, es una hipótesis y se formula como se hace con todas las hipótesis: Si..., entonces... Además, puesto que la aplicación del tratamiento depende del cliente, es éste quien ha de ejecutar las conductas que le permitan el aprendizaje de nuevas formas de actuación adaptativas, de poco serviría explicarle a alguien cómo es su problema y cuál es la forma de resolverlo si no está de acuerdo con ello.

Por ejemplo, decirle a Manuel que su tristeza está mantenida por lo que hace y que si quiere sentirse mejor, dejar de llorar, tendrá que empezar por quitar las fotos de la ex novia de la habitación y de llorar delante de su madre y a Manuel le parece que ésta es una propuesta sin sentido: nos puede decir que apenas le quedan cosas que le gusten y una de ellas es que su madre lo mime, por lo que sería absurdo querer prescindir de esto y entonces sentirse peor; o pedirle que no *vea* a su novia, si lo único que le queda es su fotografía, ¡cómo va a renunciar a ello! Entonces el psicólogo le aclarará que también él está de acuerdo en que es maravilloso que su madre lo quiera y

lo mime y por tanto no debe suprimir los mimos, sino *dárselos cuando está haciendo cualquier comportamiento no depresivo.* Se trata de variar la relación de contingencia entre los elementos que conforman en problema de Manuel: cuando llora, no atención (extinción) y cuando ríe, atención (refuerzo). Aunque es verdad que muy frecuentemente hacemos lo contrario, por ejemplo los padres para controlar el comportamiento de sus hijos: resulta que cuando se portan mal están todo el día pendientes de ellos, avisándolos, indicándoles lo que tienen que hacer, diciéndoles lo que conseguirán si hacen la cosas, en definitiva, *reforzándoles* el mal comportamiento y sin embargo, cuando están jugando tranquilamente, haciendo los deberes, explicándoles algún problema al hermano pequeño entonces *no se les dice nada,* para qué, si se están portando tan bien.

Pues esto es lo que le hemos de explicar a Manuel y a cualquier otro cliente en el análisis funcional y en el diseño del tratamiento: no se trata de eliminar los estímulos que nos gustan del contexto sino de hacerlos contingentes con las conductas que queremos aumentar o mantener, ya que durante la recogida de datos para el análisis funcional hemos evaluado que determinadas interacciones son las relevantes para explicar el problema, por lo que trataremos de cambiarlas.

Una vez que el psicólogo y el cliente están de acuerdo con respecto a qué es lo que le pasa, pasamos a establecer los objetivos que se quieren lograr con la intervención

Los objetivos que se han de lograr en la clínica han de ser objetivos del cliente y nunca del psicólogo; el psicólogo se plantea objetivos siempre *de acuerdo* con el cliente, sin olvidar que los objetivos de cambio de un cliente siempre han de ser relativos a su propio comportamiento. Habíamos dicho anteriormente que, a propuesta del psicólogo (si es que el sujeto no ha caído en la cuenta), el cliente puede ejecutar en un determinado contexto otro comportamiento alternativo al que ejecuta actualmente. Y ello con el objetivo de generar otras consecuencias distintas de ese medio en el que interactúa (siempre que el análisis funcional nos dice que el comportamiento problema está mantenido por las conse-

cuencias, es decir, planteamos una hipótesis operante). Si en el caso de la fobia al ascensor, de la que hemos hablado en otros capítulos, el sujeto lo que hacía era alejarse en cuanto empezaban las palpitaciones, probablemente el psicólogo le vaya a proponer que cuando comiencen tales palpitaciones o la respuesta de miedo que sea, se mantenga durante un cierto tiempo frente al ascensor, sin subir, para que la respuesta de ansiedad se *agote* y de esa forma, impedir que se produzca un ensayo más de aprendizaje del problema, en el sentido de que, cuando se vaya alejando del ascensor, desaparecen las palpitaciones, las molestias y el miedo (y por tanto éstas se mantengan por reforzamiento negativo).

Cuando un cliente define sus objetivos, tenemos que conseguir que esos objetivos sean realizables. Para ello es imprescindible que esos objetivos definan operativamente los nuevos comportamientos que ellos mismos van a hacer. Por ejemplo, si un hombre quiere casarse en un plazo relativamente breve podemos proponerle que ejecute determinados comportamientos: conocer más mujeres, aumentar su círculo de amigos... Pero, lo que no podemos hacer es plantearnos el éxito del tratamiento midiéndolo por haberse casado en el plazo de un año. Si no se casa porque no conoce a la persona con la que le gustaría hacerlo, de lo que se trata es de que conozca más gente, que incremente su vida social que le facilitará la consecución de su deseo.

Esto quiere decir que los objetivos nos los planteamos en función de los propios comportamientos que vamos a implantar. Por ejemplo, conseguir un trabajo se operativizaría en conductas efectivas de búsqueda: enviar «x» currículum, presentarse a «x» pruebas, hacer tantas entrevistas, revisar los periódicos en busca de ofertas, etc., durante un período de tiempo determinado. Conseguirlo finalmente depende de muchos elementos, tales como el mercado laboral, el nivel y tipo de estudios, las características del puesto que busquemos y hasta de la suerte.

Por otra parte, a la hora de planificar los objetivos, no se puede olvidar que el sujeto ha aprendido, ha desarrollado a lo largo de su vida unas determinadas competen-

cias o habilidades que le pueden ser útiles para resolver su problema; o, por el contrario, puede ser que tenga déficit en ciertas competencias que sean en parte el propio problema y que le hayan obligado a pedir ayuda y a quejarse por su incapacidad para resolverlo por sí mismo. De todas estas competencias y habilidades que el sujeto ha ido desarrollando, el psicólogo tendrá que valorar las que son imprescindibles para que esas interacciones que constituyen el problema desaparezcan. Y siempre teniendo en cuenta una cuestión fundamental: si el cliente es poco competente o tiene deficiencias en habilidades que no están directamente relacionadas con el problema, el psicólogo no tiene por qué crearle un nuevo problema haciéndoselo notar. Únicamente se atiende la demanda del cliente y sólo al final, en el caso de que sea pertinente, el psicólogo le puede proponer alguna cuestión que el cliente decida abordar o no.

Veamos por ejemplo el caso de Raquel, una mujer que acudió al psicólogo para solucionar su problema de hablar en público. Resulta que le entraba verdadero *pánico escénico* cada vez que tenía que hablar en una reunión de trabajo, y éstas se sucedían con mucha frecuencia. Pide una cita con un psicólogo y se empieza a realizar la evaluación. Entre la mucha información que Raquel nos proporciona está la de la pésima relación con su pareja, fuente de constantes peleas y disgustos. Pero ella no viene al psicólogo por ese tema, considera que ya encontrará la forma de resolverlo y que lo que quiere es aprender a hablar en público. Pues el psicólogo no tiene que convencerla de nada más, no se trata de insistir en que sería más feliz si la relación matrimonial mejorase, cosa que ella da por seguro, pero, por la razón que sea, ahora no le interesa esforzarse en solucionarla. Y ahí el psicólogo no tiene nada que decir. Otro caso similar es el de José Luis, un muchacho muy inteligente que acudía al psicólogo porque en los últimos años había desarrollado una miopía galopante y quería ser tratado con *biofeedback*. El psicólogo evalúa el caso, concluye que dicho tratamiento es posible y empieza el entrenamiento. A lo largo de las sesiones de evaluación se va manifestando de forma clara que el chico, además de miope, tiene se-

rias dificultades para relacionarse socialmente de forma eficaz: parece que está disculpándose continuamente, es incapaz de mantener la mirada, le cuesta infinito hacer una pregunta... de modo que el psicólogo se ocupa de que estas limitaciones no incidan en la marcha del plan de entrenamiento, pero no entra en ellas por dos razones. Primero, porque no interfieren significativa ni directamente en la solución de la miopía y, segundo, el cliente no ha dicho nada al respecto. Así que el psicólogo prosigue con el entrenamiento sin decirle al chico que, además de miope, es un desastre en su competencia social. Esto sería crearle un problema, cuando el psicólogo clínico se tiene que limitar a solucionar las quejas individuales.

Un último aspecto a considerar en el establecimiento de objetivos es analizar la dificultad de los mismos. Existen objetivos que consideramos más difíciles que otros, pero ello no lo hacemos en función del tipo de problema que presente el cliente sino en relación a la cantidad de hábitos generales de comportamiento, a las competencias o habilidades del sujeto que habría que modificar. Retomando el ejemplo del cliente que se quiere casar, puede que el problema radique en que no conoce suficiente gente, pero puede ser que además no tenga habilidades sociales para relacionarse con las personas, que tenga un trabajo en el que se ocupa prácticamente todo el día y que no sepa planificarse, que tenga problemas de tartamudez, que sea un individuo de aspecto desaliñado, con pocos hábitos de higiene. Esto no quiere decir que no se pueda lograr el objetivo sino que va a exigir un largo proceso de aprendizaje. Por tanto decimos que la tarea es difícil cuando el sujeto no tiene habilidades y competencias para lograr un objetivo. No existen problemas más fáciles o más difíciles en sí mismos, sino en función de las competencias que tenga el sujeto con respecto al objetivo que se plantea.

Desde que el cliente acude a la consulta solicitando ayuda profesional, han pasado ya varias semanas, puesto que generalmente se dedican entre dos y cuatro a las tareas de evaluación pretratamiento (aunque ésta no es una regla fija, puede necesitarse menos tiempo o más). En este

momento, el psicólogo suele disponer de la información suficiente para establecer las hipótesis y diseñar la intervención.

A lo mejor a ustedes les parecerá que cuatro semanas yendo al psicólogo sin obtener nada a cambio, *simplemente para que éste recoja información*, puede ser excesivo. Y sin embargo las cosas no son así. En primer lugar, porque la recogida exhaustiva de datos garantiza que el *diagnóstico* (hipótesis explicativa o análisis funcional) sea correcto. Un buen diagnóstico, como es fácil imaginar, garantiza a su vez que el tratamiento elegido sea el adecuado. Ocurre lo mismo cuando vamos al médico y nos manda una serie de pruebas con el fin de orientarse acerca de lo que nos pasa; y nos sentimos muy seguros si, a partir de esas pruebas, considera conveniente hacer otras distintas hasta decidir qué hacer. En esos casos pensamos que estamos en manos de un buen profesional, que se preocupa y se asegura antes de decidir qué es lo más adecuado para el problema que presentemos. Pero además hay otra cuestión: los tratamientos médicos suelen basarse en pruebas objetivas en las que los pacientes apenas tienen nada que hacer (salvo estar presentes mientras *se las hacen)*. Por lo tanto, la recogida de información es mucho más rápida y el diagnóstico también lo suele ser. Mientras ocurre esto, mientras esperamos los resultados, seguimos con nuestro problema sin que ello suponga una molestia mucho mayor.

La evaluación conductual, como hemos visto en el capítulo anterior, es más lenta porque se trata de analizar comportamientos que pueden estar en permanente cambio (por ejemplo, a lo largo del día podemos pasar por distintos estados de tristeza, alegría, ansiedad, tranquilidad, asociados a multitud de situaciones antecedentes y consecuentes distintas) y el psicólogo ha de encontrar el patrón de aprendizaje que es capaz de explicarlos. Por otra parte, como también hemos visto, la necesidad de colaboración del cliente en el proceso de evaluación, hace que éste pueda ser mucho más costoso.

A pesar de estas posibles cuatro semanas previas a la aplicación de la intervención, los tratamientos psicológicos, entendiendo por tales aquéllos dirigidos al aprendi-

zaje de comportamientos adaptativos, no suelen ser muy largos. ¿Qué queremos decir con «no muy largos»? Pues que, por regla general, suelen estar entre los cuatro y los ocho meses de duración. Ahora bien, es difícil asegurar *a priori* durante cuánto tiempo se va a prolongar la intervención. Y ello por múltiples razones, algunas de las cuales las hemos expuesto hace un momento: es imprescindible la colaboración del cliente y, muchas veces, el cliente no trabaja con tanta dedicación como sería deseable. Esto puede retrasar los plazos aproximados establecidos para lograr los objetivos. Un caso muy frecuente donde suele darse este tipo de problema, la falta de dedicación o motivación del cliente, es cuando el psicólogo trabaja directamente con alguien que no es el receptor último del tratamiento. Por ejemplo, los padres que acuden a consulta para resolver un problema de sus hijos. En muchas ocasiones llega algún padre desesperado, quejándose por el comportamiento de su hijo de ocho años: «¡Es que mi niño no estudia, es un auténtico desastre!»; «¡no hace nada de nada, sólo quiere estar sentado delante del televisor!»; «¡este chico no tiene futuro, no va a ser nadie en esta vida!»; «¡por mucho que hagamos por él, no nos hace ni caso!»

Lo primero que hará el psicólogo será, indudablemente, tranquilizar a quien se queja de forma tan angustiosa, probablemente imaginando un futuro de lo más negro para su hijo. Y después procederá a evaluar de forma sistemática el problema que plantea para, finalmente, establecer el plan de actuación terapéutica adecuado. Puede ser que este plan incluya la modificación del comportamiento de los padres respecto a sus hijos, con el objetivo de establecer un programa de reforzamiento de la conducta deseada, distinto del que se estaba realizando hasta ahora. Es verdad que los padres no tiene por qué saber que han estado *sometiendo a su hijo* (en el mejor sentido del término) a un programa de reforzamiento a través del cual, por ejemplo, estaban consiguiendo que su hijo dedicase más tiempo a ver la televisión que a estudiar. Quizá los padres ni imaginen que su comportamiento tiene algo que ver con el comportamiento del niño. Pero el psicólogo se lo explicará, hasta que entien-

dan cómo se produce la situación y diseñará un programa de reforzamiento alternativo dirigido, esta vez si, a incrementar la conducta de estudio. Dicho programa incluirá determinadas modificaciones en el comportamiento de los padres y una serie de tareas que ellos mismos tendrán que realizar.

En un principio, todos están de acuerdo y se comprometen con el psicólogo a la realización del trabajo señalado. Pero claro, un programa de reforzamiento no es como el milagro de Lázaro, que con una frase volvió a la vida, sino que exige trabajo y tiempo. Y aquí empieza el problema de los retrasos; dice el padre: «Esta semana me fue totalmente imposible estar con el niño, tuve que acompañar a mi hermano al médico prácticamente todos los días»; y dice la madre: «Tuve un viaje de trabajo y no pude hacer las tareas que habíamos señalado.» Y claro, estas cosas suelen ocurrir y los resultados terapéuticos se retrasan.

Pero no se crean ustedes que esto sólo es así cuando se trata de padres e hijos. En absoluto, también cuando es el propio cliente quien presenta el problema. Es verdad que puede llegar muy angustiado a la primera sesión, deseoso de ponerse en manos de un buen profesional que le ayude a solucionar ese problema que lleva arrastrando tanto tiempo. Vamos a pensar en José Manuel, tremendamente preocupado por su obesidad (unos 130 kilos, ganados concienzudamente a lo largo de diez años de buen comer). Ahora tiene cuarenta y cinco y con todo eso que oye por ahí de los riesgos para la salud se está empezando a preocupar. Así que, cuando empezamos la intervención y marcamos los objetivos terapéuticos, José Manuel está muy animado, imaginándose con 40 kilos menos y siendo el campeón de *squash* de su gimnasio. Pero 40 kilos no se adelgazan así como así; es un trabajo arduo, tanto como llegar a tenerlos, pero mucho menos placentero. Y si esos kilos los ganó en diez años, también se tienen que dedicar unos cuantos a perderlos. La primera semana todo funciona de maravilla y José Manuel está entusiasmado. Pero los días se suceden y los cambios son mínimos. Porque, ¿qué es una pérdida de tres kilos en un total de 130? Algo absolutamente imperceptible. Y mien-

tras José Manuel se esfuerza en las tareas, la vida a su alrededor sigue como si nada estuviera pasando: copas, aperitivos, comidas de negocios, cenas de amigos... Y José Manuel empieza a encontrar una disculpa para su incumplimiento de las tareas: «Lo siento, una semana entera acompañando a los delegados de Castilla-La Mancha, no pude hacer más que comer»; «imposible el paseo de la tarde, tenía que acabar un trabajo urgente»; «menudos días, toda la familia aquí, de comilona en comilona.» Y de nuevo, como en el caso del niño, los plazos programados se alargan hasta el infinito.

Otra cuestión es que pueden suceder acontecimientos no previstos que alteren la marcha de la intervención. Sería lo mismo si sufriésemos una caída en medio de un período de rehabilitación previsto para seis meses, después de una operación de rodilla; este suceso podría retrasar considerablemente la finalización del proceso terapéutico. O acabamos de salir de una gripe fortísima que nos ha mantenido quince días en cama y, el primer día que nos levantamos, nos pilla un chaparrón en medio del camino de vuelta a casa que nos empapa de arriba a abajo. Pues otra vez a la cama y a aguantar un proceso similar. En la clínica psicológica ocurre lo mismo: por muy bien que preveamos cualquier cuestión que pensemos puede ser importante, siempre hay cosas que escapan a nuestro control. Imaginemos el caso de María, aquella mujer que se había quedado encerrada en el ascensor a oscuras y había desarrollado un problema de fobia a los ascensores. Después de la evaluación, empieza con un programa de exposición graduada al estímulo fóbico, éste es el ascensor, y cuando todo va a las mil maravillas y María ya es capaz de subir los dos pisos hasta la clínica, resulta que se va la luz y se produce un nuevo episodio de condicionamiento. No es que haya ocurrido nada irremediable, pero este acontecimiento supone un retraso en el desarrollo del plan terapéutico. Podemos poner también el ejemplo de un estudiante que está en un programa de entrenamiento de habilidades sociales. Ha pasado de no ser capaz de levantar la mano en clase para hacer una pregunta, a realizar esta conducta con facilidad. Pero cuando se está afianzando esta nueva habilidad, resulta que un

día que pregunta una duda en clase de inglés, el profesor estaba malhumorado y le dice bruscamente que no interrumpa por esa tontería, que si estudiase un poco más no tendría que preguntar algo tan sencillo. Otra persona pensaría que el profesor es un maleducado o que tiene un mal día, pero para nuestro estudiante significa un parón en su proceso de aprendizaje.

Estas y otras muchas circunstancias son las que hacen que sea muy difícil precisar cuánto va a durar una intervención. Lo único que podemos asegurar es que el tratamiento tiene un fin y éste llegará en el plazo más breve posible.

Así que si van ustedes al psicólogo no le *exijan* que les diga lo que va a durar el tratamiento ni se *enfaden* ustedes con él o ella porque han leído es este libro que la media de duración es de tantos meses. No crean ustedes que va a ocurrir como en las películas de Woody Allen, donde el protagonista acude a su *psicólogo de cabecera* cada vez que tiene una duda o un problema. Esta concepción de la relación con el psicólogo *de por vida* no es fiel a la realidad española. Y precisamos española, porque es verdad que la cultura norteamericana es más afín con la imagen del psicólogo que reflejan las películas de Woody Allen y de otros muchos directores (quizá no tan geniales) estadounidenses.

Un psicólogo clínico profesional se planteará como objetivo que el cliente sea lo más autónomo posible, enseñándole estrategias que le permitan resolver, por sí mismo, posibles problemas, similares a los que lo han llevado a pedir ayuda, que puedan surgir en un futuro. En este sentido, los tratamientos en psicología tienen un importante componente preventivo. No se crean ustedes que, para que el cliente *dure más*, el psicólogo lo va a tener *enganchado* a las sesiones. Puede ocurrir, a veces, que el propio cliente se sienta a gusto en la clínica, donde ha encontrado un sitio en el cual no sólo es escuchado y reforzado, sino donde encuentra orientación para su vida fuera de la sesión (la cual, por otra parte, ocupa el 99 por 100 de su tiempo) y por ello se resiste a dar por finalizado el tratamiento. Esta situación es más frecuente en casos en los que el motivo de consulta es la dificultad para establecer

y mantener relaciones sociales; estas personas, a veces, confunden la labor del psicólogo con la de un amigo con el que es especialmente fácil hablar, y es el propio psicólogo quien tiene que modificar esta situación. La mejor manera, sin duda, es enseñarle estrategias de comunicación para que fuera de la clínica, obtenga lo que quiere obtener en ella, es decir, amigos. Pero no crean ustedes que el psicólogo va a prolongar la duración del tratamiento en beneficio propio. Ya hemos hablado en otras ocasiones del *código deontológico* que establece cuál ha de ser el comportamiento ético, legal, etc., de estos profesionales en el ejercicio de la profesión.

Pero como en todas las áreas de la vida, hay profesionales buenos y no tan buenos, y a veces la intervención no es tan adecuada como podría haber sido. Esto es algo inevitable, tan inevitable como que llamemos a un fontanero para arreglarnos un grifo que gotea y al cabo de una semana el grifo esté goteando de nuevo. O que llevemos el coche a arreglar porque el motor hace un ruidito que, probablemente no sea nada, pero es de lo más molesto, y al cabo de varias visitas al taller, el coche sigue haciendo el mismo ruido. Y lo mismo podríamos decir de los médicos, de los abogados, de los electricistas, carpinteros, economistas, arquitectos... psicólogos. Fallos los puede haber en cualquier profesión, pero no por ello generalizamos y pensamos: «Los fontaneros no sirven de nada»; «¡para qué voy a llevar el coche al taller, si total me lo dejan como estaba!»; «no sé para qué te operas de apendicitis, los médicos son un desastre». Estas generalizaciones tienen poco sentido, y aunque hayamos tenido la mala suerte de encontrarnos con un profesional no *muy profesional,* no por ello consideramos que los psicólogos o cualquier otro técnico no sirven para nada. Por el contrario, nos intentaremos informar mejor y seguimos buscando la ayuda de especialistas que verdaderamente lo sean.

Y sirva esta pequeña introducción al tratamiento psicológico, para exponer los tres puntos que habíamos señalado en el capítulo anterior, que se sucedían a continuación del análisis funcional y el establecimiento de objetivos, en concreto:

- El diseño del plan de tratamiento para alcanzar los objetivos terapéuticos.
- La aplicación del tratamiento y la valoración de los resultados obtenidos.
- La comprobación del mantenimiento de los resultados durante un período de seguimiento.

EL DISEÑO DEL PLAN DE TRATAMIENTO PARA ALCANZAR LOS OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

El diseño del plan de tratamiento está íntimamente vinculado al análisis funcional. Es la hipótesis planteada la que nos va a indicar qué técnicas de intervención son las adecuadas. Antes de empezar a describir, eso sí, muy sucintamente, algunas de las técnicas que se utilizan en la clínica psicológica, vamos a comentar algunos aspectos que deciden su elección.

Hemos dicho que no hay una relación biunívoca entre un problema determinado y una técnica determinada; quiere esto decir que no todos los problemas de ansiedad se tratan con técnicas de relajación ni todas las depresiones con técnicas racionales. Es posible, siempre según nos indique el análisis funcional, que podamos elegir entre diversas técnicas que, en principio, son igual de efectivas para el tratamiento del problema en cuestión. ¿Cómo nos decidimos por unas o por otras? Pues en función de muchos factores, pero uno de ellos será siempre la opinión del propio cliente. El psicólogo le explicará las ventajas e inconvenientes de unos procedimientos y otros, así como cuál será la actuación que se espera de él en cada caso. También aquí el cliente es corresponsable de la intervención.

Cualquier técnica puede ser utilizada para multitud de casos (personas y problemas) distintos; por ejemplo, la *desensibilización sistemática*, técnica que está dirigida a disminuir los miedos a determinadas situaciones o estímulos, puede ser utilizada en casos de miedo a los ascensores, de miedo a las arañas o para una fobia a hablar en público. Por otra parte, un mismo procedimiento admite múltiples variaciones en cuanto a su forma de lle-

varlo a cabo; siguiendo con el ejemplo de la desensibilización sistemática, puede ser aplicada en vivo (es decir, con las arañas delante) o en imaginación (entrenando al sujeto para que el estímulo imaginado, es decir, la araña, dé lugar a una respuesta similar a la que daría si estuviera la araña delante); se puede aplicar sola o asociada con otras técnicas, puede entrenarse al cliente para que la lleve a cabo por sí mismo o la puede aplicar el psicólogo, etcétera. Las variaciones, en esta y en cualquier técnica, son muchas y optamos por un formato u otro en función *del análisis funcional que se ha hecho previamente del caso* y la preferencia del cliente.

El psicólogo también considerará la existencia de investigación que respalde el procedimiento elegido. En psicología clínica existen técnicas más antiguas que cuentan con una gran cantidad de investigación que las avala; y otras, por el contrario, que son más recientes y necesitan de experimentación adicional que clarifique su eficacia. Estamos oyendo continuamente en la televisión los avances que está teniendo tal o cual tratamiento y todo lo que se está investigando sobre él. Igualmente tenemos noticias de programas de tratamiento experimentales, con animales o con sujetos voluntarios, que permiten el acercamiento progresivo a la solución de un problema determidado. Es el caso de sida, del Alzheimer o del cáncer, por señalar tres de las enfermedades más conocidas por todos. Con mucha menos publicidad, desde luego, los psicólogos también investigan y avanzan en el desarrollo de técnicas de intervención cada vez más eficaces. Por eso la existencia de datos recientes sobre una técnica concreta puede inclinar al psicólogo a decidirse por ella.

En el capítulo anterior apuntábamos que las habilidades o competencias del cliente, conocidas a través del proceso de evaluación, también son un criterio a considerar a la hora de seleccionar una técnica. Un ejemplo muy simple, por seguir con la desensibilización sistemática de la que hemos hablado antes, es la habilidad del cliente para imaginar. Esta técnica requiere que el sujeto sea capaz de imaginar la presencia del estímulo ansiógeno, es decir, del animal, objeto o situación temido (ya sea una araña, un avión o un auditorio); pero no todas las

personas son capaces de imaginar de forma vívida la presencia del estímulo fóbico. Así que si el cliente no posee la habilidad para imaginar (y, por la razón que sea, resulta muy *costoso* entrenarla), nos decidiremos por otra técnica alternativa.

Pero la falta de una habilidad o una competencia concreta tampoco son definitivas a la hora de tomar una decisión en el diseño del plan de tratamiento. Si consideramos indispensable la ejecución de una habilidad determinada, entonces el psicólogo la planteará como objetivo terapéutico y posibilitará su aprendizaje como paso previo a los siguientes objetivos que se hubiesen establecido. Éste puede ser el caso de una persona que acuda a consulta porque lo pasa fatal cuando tiene que realizar una exposición en público. Quiere solucionar ese problema porque su trabajo le exige cada vez más intervenciones de este tipo. Así que procedemos a la evaluación y comprobamos que, además del miedo que siente, nuestro cliente tiene serias dificultades objetivas para comunicarse. ¿Qué quiere decir esto? Pues que habla demasiado rápido, tiene problemas con la entonación, de modo que resulta excesivamente monótono, tartamudea con frecuencia, etc. Evidentemente no le decimos que es imposible que pierda su miedo, porque no tiene habilidades de comunicación, sino que incluimos el entrenamiento en este tipo de habilidades como el primer objetivo terapéutico. Y utilizaremos para ello técnicas de modelado, de encadenamiento, de reforzamiento y cualquier otra que esté a nuestro alcance.

Una última puntualización es relativa a la posibilidad de aplicar las técnicas de cambio de que dispone la psicología clínica fuera del ámbito de la misma; en este sentido, se pueden utilizar en contextos escolares, en la empresa, en contextos comunitarios, en campañas sanitarias, etc. Es frecuente que los maestros desarrollen programas de economía de fichas para mejorar la conducta de sus alumnos en clase, tanto respecto al rendimiento académico como a la disciplina. La economía de fichas se define como un procedimiento de organización de contingencias (basado, por lo tanto, en el aprendizaje operante); consiste en reorganizar las consecuencias de las

conductas que se quieren incrementar (por ejemplo, lo que el alumno va a conseguir si está haciendo la tarea mandada durante cinco minutos sin interrupción), reforzando, premiando de forma inmediata pequeñas ejecuciones de la misma; según se van aprendiendo tales conductas, se va aumentando el nivel de ejecución requerido para recibir el premio: primero se daría un premio por estar estudiando cinco minutos; cuando el niño ya lo hace con facilidad se aumenta el período a siete minutos, luego a diez, a quince y así sucesivamente. Se llama *economía de fichas* porque el niño aprende a *administrar* los premios (estímulos reforzantes secundarios) que se le dan por ejecutar la conducta correcta; y tales premios son unos objetos que representan valores, que han sido establecidos de antemano, los cuales, genéricamente, se llaman *fichas*. El niño puede acumular fichas, hasta conseguir suficientes para cambiarlas por algo que le gusta. Así puede obtener un caramelo, a cambio de una ficha; o un juego de ordenador, cambiándolo por veinte fichas; o cinco minutos más de recreo, que cuestan veinticinco fichas. Si entre nuestros lectores hay algún psicólogo, se dará cuenta fácilmente de que esta descripción de la economía de fichas es incompleta, pero consideramos que es suficiente para el tema que nos ocupa y remitimos, como siempre, al lector interesado a cualquiera de los muchos y excelentes textos que hay en castellano sobre el tema.

Siguiendo con la economía de fichas, a pesar de lo extraño que pueda resultar el procedimiento que estamos exponiendo, es algo en lo que participamos todos los seres humanos adultos ya que, ¿qué otra cosa es el dinero sino una ficha?; ¿cómo conseguimos comprarnos un coche si no es *acumulando* fichas? Nos pagan dinero por nuestro trabajo; si trabajamos más, más dinero; si menos, menos dinero. Podemos gastar de forma inmediata en renovar el vestuario las ciento cincuenta mil pesetas de la paga «extra» o reservarlas para ir acumulando las suficientes para comprar un coche.

Como pueden ver, este procedimiento surgido en el ámbito clínico, tiene grandes posibilidades de aplicación en otros contextos específicos y en la vida cotidiana. Pero no es la única técnica útil fuera de la clínica, sino que

también el entrenamiento en autocontrol, el modelado, la racionalización o el moldeamiento por citar sólo cuatro. Todas ellos son técnicas de cambio clínico pero pueden ser utilizadas en múltiples contextos. En cualquier caso, en este libro nos referiremos únicamente a su aplicación en el ámbito de la psicología clínica, tal como ha sido definida en los anteriores capítulos.

Los ejemplos que estamos poniendo nos están indicando que las técnicas de modificación de conducta son muy diversas y están basadas en procesos de aprendizaje de toda índole; las hay más o menos sencillas en función de que incluyan procesos de uno o varios tipos de aprendizaje. Algunas de ellas no son técnicas, en el sentido de procedimientos estandarizados y sistematizados en una serie de pasos, sino que hacen referencia exclusivamente a principios y leyes generales de aprendizaje. Por ejemplo, imaginemos un caso de tartamudez, en el que el sujeto tartamudea cuando habla rápido, cuando inspira con poca frecuencia o cuando pone mucha tensión en los músculos articulatorios que están relacionados con la dicción. Para que la frecuencia de los períodos fluidos aumente en una persona que suele tartamudear, lo que se hace es centrarse y fijar la atención cada vez que habla despacio, respira adecuadamente o no pone apenas tensión en los labios, músculos de la cara, etc. No se atiende a los bloqueos y repeticiones (conductas que hay que eliminar), sino a las conductas adecuadas incompatibles con éstas que son las que se refuerzan. Como pueden ver, esto no es más que la aplicación de un procedimiento de aprendizaje operante, el reforzamiento diferencial de conductas incompatibles. En cualquier caso, lo habitual es que un programa de tratamiento no se base en una técnica única, sino que se vayan utilizando unas u otras según se va avanzando en el proceso terapéutico. El caso que vamos a ver en el Capítulo VI es un buen ejemplo de esto: en el tratamiento de la conducta depresiva de Elena se utilizan conjuntamente una técnica cognitiva, dirigida a modificar el estilo de pensamiento inadaptativo que presentaba esta joven, junto con un programa de reforzamiento positivo, cuyo objetivo era incrementar la realización de actividades gratificantes.

Podemos clasificar las técnicas de cambio de comportamiento en función del tipo de aprendizaje en el cual se basen; así tendremos las técnicas derivadas del condicionamiento clásico, como puede ser la desensibilización sistemática o la inundación; las técnicas derivadas del condicionamiento operante, como la economía de fichas o las técnicas para el desarrollo de conductas; las técnicas derivadas del aprendizaje vicario o técnicas de modelado; un conjunto de técnicas, denominadas genéricamente *técnicas cognitivas,* derivadas de los aprendizajes simbólicos; y las técnicas de *biofeedback,* término que ya hemos explicado en el capítulo anterior, y que se utilizan en el tratamiento (y en la evaluación) de problemas con una manifestación fundamentalmente psicosomática (dolor de cabeza, problemas musculares, miopía, impotencia sexual, etc.).

En absoluto pretendemos ser exhaustivos en este punto respecto a la exposición y descripción de las técnicas psicológicas; el objetivo de este libro no es ser un manual de tratamiento, sino una aproximación a este campo asequible para cualquier lector, sea o no sea psicólogo. Al final del capítulo, como en todos los anteriores, se recomiendan algunas lecturas que sin duda ayudarán a completar el tema. Algunas de ellas son más apropiadas para los lectores que sean psicólogos y otras pueden ser entretenidas o útiles para cualquier lector.

LA APLICACIÓN DEL TRATAMIENTO Y LA VALORACIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

A estas alturas ya se habrán dado cuenta ustedes de que, una vez iniciado el programa de tratamiento, lo que el psicólogo hace durante la sesión es una mínima parte del programa en sí. También saben ustedes que los comportamientos (problemáticos o no) se dan en distintas situaciones y no siempre con la misma frecuencia, intensidad o duración. La persona que demanda ayuda no tiene sólo problemas en la clínica sino en otros muchos contextos. Aunque la clínica es el lugar donde se muestran los problemas, se habla de ellos y se analizan, no es el lu-

gar donde ocurren de forma habitual y donde se comprueba que existen. Por ejemplo, si un cliente se queja porque tiene eyaculación precoz, no se hace una prueba en la sesión para demostrarlo, sirve lo que el sujeto nos dice; su queja nos da pie para evaluar si es una eyaculación precoz (hay gente que viene con ideas muy equivocadas y dice que es precoz después de 30 minutos) si bien, en otros casos, se hace una simulación para ver cómo se produce el problema. En otras ocasiones, como ya hemos visto en el capítulo anterior, el psicólogo va a observar con la persona que demanda ayuda cómo ocurre el problema en el contexto natural: por ejemplo un ascensor, un perro, ante las personas o ante diversas palabras. Cuando el psicólogo le explica a otra persona que tiene que ejecutar otro comportamiento distinto al que ejecutaba en una misma situación, no siempre explica el porqué de esa cuestión. Por ejemplo, imaginemos que queremos controlar el número de cigarrillos que fuma una persona. Entonces le decimos que si quiere dejar de fumar únicamente anote, antes de empezar a encender el cigarrillo, la hora que es; y que lo haga en todas las ocasiones, sin permitirse ningún error. El objetivo, se le dice, es lograr una semana exacta y precisa de registro. Entonces ocurre que esa instrucción, que indudablemente nos sirve para saber el número de cigarrillos y los momentos en que fuma el cliente a lo largo del día, por su propio contenido (esa advertencia sobre la importancia de un registro exacto de todos los cigarrillos) suele provocar una reducción en el número de cigarrillos (induce un autocontrol del comportamiento, especialmente en los casos en que el fumador está muy interesado en dejar de fumar).

¿Cómo se pueden cambiar estos comportamientos que oscilan en determinadas situaciones y determinados momentos, que no muestran un nivel constante y que muchas veces no se manifiestan *dentro* de la propia situación clínica? Si Pei le tiene miedo a los aviones, en la clínica podrá ser la mujer más feliz del mundo. Si el miedo de Fidel es a las serpientes, cuando esté en la consulta no estará alerta por si sale una de debajo de la mesa. O si Felipe tiene problemas de eyaculación precoz, también imaginarán ustedes que charlar con el psi-

cólogo no será precisamente un estímulo desencadenante.

Y sin embargo, cualquiera de esos problemas son conocidos para la psicología clínica y posibles de solucionar. ¿Qué ocurre entonces? Pues que una técnica de aprendizaje no es más que una disposición de elementos que permiten que una persona aprenda. Del mismo modo que usamos bolitas para enseñar a un niño a sumar (o es mejor decir *usábamos;* a lo mejor los niños de ahora van directamente a la calculadora), y con ese objetivo colocamos tres en un sitio y dos en otro, para que juntándolas pueda contar cinco; del mismo modo, decíamos, tenemos que disponer una serie de elementos para que una persona pueda modificar su propio comportamiento. Esta disposición de elementos puede tener lugar en la propia clínica o puede ocurrir fuera, cuando el psicólogo instruye al cliente para que lo haga. En este sentido, no se necesita tener un ascensor en el despacho ni tampoco es posible convertirlo por arte de magia en un espacio abierto donde tratar la agorafobia; es decir, *no es necesario que el comportamiento problema se manifieste* en la sesión para que tengamos ocasión de desaprenderlo; como tampoco es necesario que se ejecuten allí las conductas alternativas que queremos implantar para posibilitar su aprendizaje. Es grande el número de personas que vienen a tratamiento para que en la propia situación de consulta el problema desaparezca, pero ya hemos visto que no siempre esto es así.

En algunas ocasiones, sin embargo, el psicólogo puede utilizar fundamentalmente los elementos de cambio que se producen en el propio contexto clínico. ¿Qué hace el psicólogo para ayudar a una persona que tiene problemas *fuera* (todas las personas) con los elementos que *hay* en la situación clínica? Pues la actuación puede llevarse a cabo de muchas formas, como vamos a ver a continuación.

En algunas ocasiones, en la clínica lo que se hace es mostrar una forma de comportamiento que el sujeto no sabe ejecutar: por ejemplo, cómo hablar correctamente a un camarero para que nos sirva de forma rápida y educada; o cómo no tartamudear, cómo ser persuasivo, cómo mostrarse agradable con las personas. Aquellos compor-

tamientos que el psicólogo considera que son deseables, son parte del objetivo del paciente y se ejecutan en ese momento en la sesión, como por ejemplo sonreír o mostrarse contento en el caso de una depresión, son reforzados de forma inmediata por el psicólogo. En estas ocasiones en las cuales las tareas que se hacen en la clínica son muy parecidas a las que ocurren en la calle, por ejemplo, las relativas al tartamudeo, la parte fundamental del entrenamiento ocurre durante la sesión, si bien el cliente tendrá que realizar una serie de tareas que le sirvan para afianzar lo aprendido. Hablar es algo que se hace en tantos lugares que la situación clínica no difiere de cualquier otra, por lo que es fácil entrenar a un sujeto tartamudo en la propia sesión, simulando múltiples situaciones distintas, aunque luego haya que trabajar en la generalización de esa nueva conducta en situaciones externas.

Lo que se aprende en el contexto clínico hay que probarlo en otros contextos. Cuando se aprende algo y sólo se ejecuta en la situación clínica, por ejemplo, hablar sin tartamudear, sonreír y hablar tranquilamente a otras personas o estar una hora sin llorar, a continuación tendremos que hacer pruebas de que el comportamiento también se da en los contextos naturales; si se llevan a cabo tales pruebas y el comportamiento sigue siendo satisfactorio, entonces decimos que lo aprendido en la clínica se ha generalizado.

En otras ocasiones, aunque la conducta problema no se manifieste en la clínica, es fácil representar la situación exterior. Por ejemplo, si estamos atendiendo la demanda de una pareja con problemas y, como parte del plan de tratamiento, nuestro objetivo es enseñarles habilidades de comunicación, podemos hacer que mantengan a lo largo de la sesión distintas conversaciones en las que practiquen las habilidades que están aprendiendo. En este caso es relativamente sencillo simular una situación que se puede dar en casa; también lo es si se trata de una fobia a los ratones y conseguimos una jaula con varios. Es más difícil si se quiere representar un auditorio, aunque siempre podríamos contar con una sala grande y una veintena de colaboradores que se prestasen a la tarea. Es decir, en estas ocasiones, lo que se hace es tratar de *si-*

mular, reproducir algunos de los estímulos relevantes que forman parte del contexto natural externo, analizar cómo el sujeto produce el comportamiento inadecuado o inútil y cómo, ante esos estímulos simulados, ejecuta un nuevo comportamiento adecuado. Por tanto, se trata de simular situaciones del exterior, de la vida habitual del cliente para que éste, en la propia situación clínica, cambie su comportamiento y ejecute comportamientos alternativos que son más adaptativos.

Pero la intervención nunca se queda aquí. Aun cuando se lleve a cabo la conducta correcta en interacción con las *reproducciones* de la situación estimular exterior, el objetivo siguiente siempre ha de ser la ejecución de esos comportamientos nuevos en las situaciones reales, externas a la clínica. En el caso anterior de la pareja, cuando estamos entrenando habilidades de comunicación, a lo mejor en la clínica les sale muy bien, pero si llegan a casa y continúan gritándose y tirándose los trastos a la cabeza, entenderemos que no se está produciendo el resultado esperado.

Pero en los casos en los que es imposible, por ejemplo cuando se trata de una fobia a los aviones, la única estrategia que nos queda en la situación clínica es que el individuo se imagine subiendo a un avión; cualquier otra forma de simulación es muy difícil (si bien ahora, con los programas de realidad virtual, estas cuestiones de representación de situaciones reales se están haciendo cada vez más sencillas). Si se trata de una fobia a un ascensor, el psicólogo siempre podría hacer el trabajo en situaciones exteriores, en el ascensor del edificio de la clínica o en cualquier otro (aunque también se puede utilizar la imaginación).

A modo de resumen podríamos concluir que, en estos problemas que siempre ocurren en un contexto externo, problemas que se dan exclusivamente fuera de la clínica porque se refieren a una situación concreta y específica, la estrategias de actuación pueden ser alguna de estas tres:

1. Utilizar la imaginación, como en el caso del miedo a los aviones.

2. Acompañar al cliente en la realización de tareas, en el caso de que esto sea posible (no lo sería, por ejemplo, en el caso de los problemas sexuales o de hablar ante un auditorio).
3. Dar las instrucciones al cliente para que *ejecute fuera de la clínica* la conducta alternativa, no problemática, que le permitirá el aprendizaje. Este último sería el caso de un problema de obsesión por contar las baldosas del pavimento de las aceras (¿han visto la película *Mejor imposible,* lo que le pasaba a Jack Nicholson?); o del miedo al contagio del sida por rozar manchas de color rojo (a no ser que el psicólogo tenga empapelada la pared estilo «sarampión», lo cual es poco probable ya que los gabinetes psicológicos suelen ser lugares agradables y con una decoración relajante); o también procederíamos así en un problema de anorgasmia.

Vamos a insistir algo más en esta última estrategia de actuación, ya que es la que siempre se va a utilizar, incluso en el caso de que se usen también cualquiera de las otras dos. Sea el problema que sea y aunque se pueden realizar ensayos de aprendizaje en la situación clínica, la tarea del psicólogo va a ser la de dar instrucciones en el sentido adecuado para facilitar que la persona *aprenda* fuera de la clínica, sin que el psicólogo esté presente. En términos generales, para que cambie el comportamiento, en principio es suficiente con que demos una instrucción al sujeto para que se comporte de otra manera: por ejemplo, no quejarse ante otras personas si está deprimido (e hipotetizamos que esa conducta se verá reforzada porque modificará el contexto en el que vive). Cuando el psicólogo da una instrucción en este sentido, indicando qué comportamientos ejecutar en cada contexto, es predecible que se produzca el aprendizaje si la persona que demanda ayuda ejecuta nuevos comportamientos, en las situaciones donde antes se daban las interacciones problemáticas. Si María se para delante del ascensor hasta que desaparecen las palpitaciones y el malestar que desde el episodio del encierro manifiesta ante él, es decir,

si sigue la instrucción que el psicólogo le ha dado en la clínica, está aprendiendo en su medio natural una nueva forma de comportamiento adaptativa. Y podemos utilizar de nuevo el ejemplo de Elena (que desarrollaremos en el Capítulo VI): si no emite quejas delante de los amigos o de su madre, éstos no la consolarán ni mimarán ante esas conductas, por lo que al interrumpir la asociación entre ambos elementos (queja-mimos), las quejas no aumentarán de frecuencia sino que disminuirán. Lo que ocurrirá ahora es que los amigos emitirán aprobación frente a otro tipo de comportamientos de Elena, comportamientos más adaptativos, lo cual la hará sentir mejor.

A medida que pasa el tiempo y el cliente va aprendiendo las conductas establecidas como objetivos de intervención, el trabajo del psicólogo se reduce cada vez más, para acabar convirtiéndose en un supervisor de la actuación del cliente. Por supuesto que introducirá las modificaciones necesarias para solucionar eventuales problemas, pero en el mejor de los casos, cuando todo marcha según el esquema previsto, el trabajo dentro de la sesión terapéutica se reduce a la mínima expresión.

Y no podría ser de otra manera si consideramos que el objetivo final es lograr la autonomía del cliente; y esto no se logra de la noche a la mañana, sino que se va consiguiendo desde el mismo inicio de la intervención. Por lo tanto, esa creciente autonomía se traduce en una cada vez mayor independencia de las sesiones y del propio psicólogo.

Porque, ¿qué ocurriría si una persona que soluciona algún problema en la clínica psicológica, pensara que dicha solución es algo mágico o que se encuentra bien *gracias* al psicólogo? Esto puede ocurrir en aquellos casos en los que el cliente lo ha pasado mal durante bastante tiempo y, cuando toma la decisión de acudir a un psicólogo, resulta que la solución llega en un plazo relativamente breve. Entonces piensa que lo que ha ocurrido es algo parecido a un milagro y que gracias al psicólogo ahora está bien. Pero nada más lejos de la realidad. Que la solución de un problema sea sencilla no tiene nada que ver con los poderes mágicos del psicólogo. Y no se crean ustedes que no nos gustaría que así fuera, tener una

habilidad especial para conseguir el control de las personas con un simple movimiento de nuestra varita mágica. Pero la realidad es bien distinta: lo único que sabemos los psicólogos es cómo aprendemos los humanos y cómo podemos modificar los comportamientos que resultan problemáticos en un momento determinado (que no es poco). Es decir, como ya nos definimos en otro punto de este libro, los psicólogos clínicos somos especialistas en el cambio del comportamiento. Nada de magia, nada de milagros, nada de suerte. Un plan de tratamiento tiene *éxito* cuando está basado en un *análisis funcional correcto* (lo que significa que se ha realizado la evaluación adecuada y se han sabido establecer las relaciones funcionales entre los distintos elementos que constituyen el comportamiento problema), se ha *diseñado atendiendo* a los distintos elementos que hemos considerado antes (competencias del sujeto, eficacia demostrada de la técnica, opinión del cliente, objetivos terapéuticos), estableciendo unos objetivos realistas y se ha aplicado con *rigurosidad* y atendiendo al reparto de tareas exigido por el propio plan.

Entonces, ¿qué ocurre si un cliente piensa que la solución *ha llovido del cielo?* Pues, simple y llanamente, que el psicólogo lo habrá hecho muy mal. Decir esto es como tirar piedras contra nuestro propio tejado (como psicólogos, queremos decir), pero así es: el profesional debe asegurarse en cada momento, a lo largo de toda la intervención, que el cliente *sabe* lo que está pasando; por ello resultará incomprensible que, tras varias semanas de trabajo conjunto, el cliente nos sorprenda con que el milagro ha sucedido. Si esto es así, si el cliente no atribuye a su propio aprendizaje las mejoras percibidas, es que una parte fundamental del programa de tratamiento no se ha llevado a cabo. Queremos decir que la intervención exige que se cambie el comportamiento en el sentido deseado por el cliente, pero también que se aprendan las reglas que permitan afrontar problemas similares en el futuro.

Por ejemplo, cuando María, la mujer que tenía fobia a los ascensores y cuyo caso hemos retomado en este capítulo, llega a comprender que sus respuestas de evitación son las que están produciendo el miedo a estos apa-

ratos, no solamente dejará de tener miedo a los ascensores después del programa de exposición correspondiente, sino que su aprendizaje le será muy útil para la superación de problemas de ansiedad en el futuro. En este sentido, si un día se queda encerrada en el metro debido a un corte en el suministro eléctrico (lo cual es una circunstancia bastante probable), sabrá qué hacer para que esa situación (ese posible ensayo de condicionamiento, tal como explicamos en el Capítulo III) no desencadene una fobia al metro. Pero si, por el contrario, se expone a las situaciones que le facilitarán el aprendizaje correcto, sin que haya quedado claro qué es lo que tiene que aprender en cada situación de exposición, de poco servirá el éxito conseguido para que María aprenda una estrategia general de solución de futuros problemas de ansiedad. Y, ¿cómo puede ocurrir esto? Imaginemos que María empieza a subir en los ascensores controlando su respuesta de ansiedad y *comprobando,* ensayo tras ensayo, que no son unos artefactos tan peligrosos como para ir escapando de ello, como si de un león hambriento se tratase. Cuando decimos comprobando, queremos decir que *tras un número determinado de ensayos, deja de sentir miedo;* y si deja de sentir miedo, entonces solucionará su problema fóbico. Pero si se da la coincidencia de que, al cabo de unos días, se queda encerrada en el metro y reacciona de la misma manera que lo hizo unos meses atrás en el ascensor de su casa, entonces volverá corriendo a ese psicólogo tan bueno que *le solucionó* con tanta eficacia su anterior fobia.

Podrán comprobar ustedes que actuaciones de este tipo significarían una *cantera de clientes* nada desdeñable; así el psicólogo sabría que todos los meses volverían tres o cuatro, que le durarían una media de tres meses cada uno, y tendría el sueldo asegurado. Pero esto no ocurre así, los psicólogos profesionales se preocupan de desarrollar completo el plan de tratamiento, y éste siempre incluye el conocimiento por parte del cliente de las estrategias de aprendizaje que han permitido la solución de su problema. En definitiva, el propio cliente termina convirtiéndose en un *especialista* de su caso concreto; y decimos de su caso y no del comportamiento en general,

porque igual de incorrecto es que no sepa por qué se ha solucionado su demanda como que crea que ese procedimiento que con él ha funcionado sea válido para cualquier persona y en cualquier situación. Sería un error tan grave como el primero que, al finalizar el tratamiento, María fuese intentando practicar con aquel amigo al que tampoco le gustan los ascensores o con el hijo del vecino, que siempre está muy nervioso.

Resolver todos estos problemas y cualquier otro que surja en la clínica, es la responsabilidad del psicólogo, como la del cliente es realizar las tareas programadas y seguir los pasos establecidos en el plan de tratamiento.

Una intervención psicológica se da por terminada cuando, en primer lugar, se han cumplido los objetivos terapéuticos, es decir, se ha eliminado el comportamiento o comportamientos problema y/o se ha aprendido un comportamiento nuevo adaptativo; en segundo lugar, es importante que el sujeto considere que no va a volver a tener problemas de esa índole, es decir, sepa identificar qué estrategias se han utilizado para resolver su problema y considere que las podría reproducir en momentos posteriores, en el caso de ser necesario; y en tercer lugar, se da por terminada una intervención psicológica, cuando el sujeto que nos ha pedido ayuda se ha encontrado con situaciones en las que se han iniciado las conductas problema, y por sí solo ha sabido tomar determinaciones adecuadas para afrontar y resolver la situación.

LA COMPROBACIÓN DEL MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS DURANTE UN PERÍODO DE SEGUIMIENTO

La última cuestión que nos queda por resolver es la relativa a la generalización y mantenimiento de lo aprendido en la clínica en la vida cotidiana y a lo largo del tiempo. Mantener lo aprendido no es otra cosa que cambiar los hábitos que se habían desarrollado desde el inicio del problema. El mantenimiento de las nuevas conductas pasa por automatizar los nuevos comportamientos aprendidos; al principio ésta puede parecer una tarea difícil, porque aunque podamos enfrentarnos a lo que an-

tes temíamos o hayamos superado el problema que sea, al finalizar el tratamiento aún nos puede costar cierto esfuerzo la realización de estas nuevas conductas. Recordemos ahora a Silvia, la mujer agorafóbica que un día se olvidó de tomar la pastilla y casi le da un infarto en el metro. La intervención psicológica con Silvia fue un gran éxito y, después de muchos años con el problema, tras unos meses de tratamiento consiguió salir sola a la calle y realizar una vida que ella consideraba normal. Pero unos meses después, en las sesiones de seguimiento, Silvia decía que en determinadas situaciones aún le costaba comportarse como ella consideraba adecuado. Y el psicólogo la tranquilizaba, aclarándole que esto era lo esperable. No es fácil cambiar de golpe un estilo de comportamiento mantenido durante un tiempo determinado, y muchos menos automatizar el nuevo estilo aprendido. Ocurre algo similar a cuando estamos aprendiendo a conducir: al principio tenemos que pensar en cada uno de los pasos y no podemos hacer otra cosa que atender al coche. Pero al cabo de algún tiempo (y cuanto más practiquemos, antes será) conducir será algo tan automatizado como lavarnos los dientes, y lo podremos hacer al tiempo que escuchamos música, conversamos con la persona que nos acompaña... ¡¡¡e incluso mientras hablamos por el teléfono móvil!!!

Los seres humanos estamos *construidos* de tal manera que lo normal es que aprendamos rápidamente, que nos adaptemos a los cambios cuando éstos se producen de modo natural y que sigamos viviendo en la nueva situación, adaptándonos constantemente a la vida cambiante que tenemos alrededor; nos adaptamos a un desastre económico, reduciendo nuestros gastos, vendiendo alguna propiedad, realizando una serie de comportamientos que al final permiten que vivamos y seamos más o menos felices en nuestra nueva situación. Aprendemos a vivir sin un ser querido que se muere, por muy doloroso y difícil que sea al principio y nos parezca que jamás podremos superarlo. Nos acostumbramos a las situaciones de guerra, a las catástrofes, a las situaciones más extremas. Por lo tanto, lo extraño es que alguna vez tengamos problemas, esto es, que alguna vez nos sintamos

incapaces de adaptarnos, de funcionar en nuestro contexto natural cuando los cambios han sido significativamente menos importantes. Y sin embargo, así ocurre. Hay ocasiones en las que nos resulta muy difícil aprender determinados comportamientos (y esto es una fuente de problemas) y otras en las que resulta muy sencillo (y nuestra adaptación es más fácil). Puede ocurrir que, incomprensiblemente para nosotros, la persona que ha sido nuestra novia durante cinco años ahora ha decidido que no quiere continuar la relación; en este momento nos quedamos sin saber qué hacer, no tenemos estrategias para enfrentarnos a ello y eso nos ha llevado a deprimirnos y a necesitar ayuda psicológica. Probablemente lo que está ocurriendo es que hay determinados comportamientos, rígidos, muy sistematizados, que nos es difícil cambiar y adaptar a la nueva situación. Por ejemplo, retomar nuestra vida cotidiana sin un elemento que considerábamos fundamental.

Pero aun cuando consigamos aprender (con o sin ayuda del psicólogo), para mantener lo aprendido con facilidad, no sólo hay que cambiar el comportamiento estricto, sino también modificar los hábitos generales de comportamiento y las creencias que tenemos acerca del mundo. Indudablemente, es mucho más fácil mantenerse sin fumar si, además de haberlo dejado, empezamos a hacer una vida más sana, más ejercicio físico, menos consumo de alcohol, etc. Y si acabamos de superar un problema depresivo porque nos dejó el novio o la novia, nos sentiremos más seguros y, con ello, más felices, si además hemos aprendido que no es bueno contarse historias acerca de que *necesitamos* a algunas personas para seguir viviendo. Esto no sólo es inadaptativo, sino que es radicalmente falso. Otra cuestión sería plantearse que las necesitamos para ser felices; es más difícil probar que es falsa esta creencia, pero desde luego es evidente que produce más tranquilidad pensar lo contrario, es decir, ninguna persona es necesaria para ser feliz.

Por lo tanto, el mantenimiento de los resultados terapéuticos se relaciona con el cambio en los hábitos generales de comportamiento y, particularmente, con la modificación del estilo cognitivo, es decir, nuestra forma habitual de pensar sobre el mundo; pero hay una cues-

tión fundamental que está por encima de las anteriores: *hay que practicar.* Cualquier habilidad mejora con la práctica, y la habilidad de enfrentarse a una situación difícil no es una excepción. Si hemos aprendido un nuevo idioma, la mejor forma de no olvidarnos y de conseguir soltura es hablándolo; si acabamos de obtener el carné de conducir, tendremos que volver a la autoescuela si sólo conducimos los años bisiestos. Y si acabamos de aprender a no tenerle miedo a los ascensores, como sigamos utilizando las escaleras pronto nos volverán a dar terror.

Por tanto, cuando termina el tratamiento, aun cuando el psicólogo ya no está *detrás*, guiando nuestra actuación, la práctica de los comportamientos aprendidos es la estrategia más eficaz para que éstos se conviertan en un hábito. Y entonces sí que habremos superado el problema definitivamente.

LECTURAS RECOMENDADAS

CÁCERES, J. (1994), *Reaprender a vivir en pareja,* Madrid, Promolibro.

FROJÁN, M. X. (1998), *Consultoría conductual. Terapia psicológica breve,* Madrid, Pirámide.

HERNÁNDEZ, J. M.; POZO, C. y POLO, A. (1994), *Ansiedad ante los exámenes: un programa para su afrontamiento de forma eficaz,* Valencia, Promolibro.

MARTIN, G. y PEAR, J. (1997), *Modificación de conducta,* Madrid, McGraw Hill.

OLIVARES, J. y MÉNDEZ, F. X. (1998), *Técnicas de modificación de conducta,* Madrid, Biblioteca Nueva.

RUBIO, V.; CABEZUELO, J. y CASTELLANO, M. A. (1996), *El miedo a volar en avión. Un problema frecuente con una solución a su alcance,* Madrid, Biblioteca nueva.

Capítulo VI
La intervención clínica ilustrada con dos casos prácticos

En este capítulo vamos a ver el caso de Óscar, un niño de cinco años que tenía muy preocupados a sus padres porque se seguía haciendo pis en la cama (es decir, tenía un problema de enuresis) y, después de éste, vamos a ver el caso de Elena, una joven que acudió al psicólogo porque se sentía muy deprimida; su situación familiar era bastante trágica y no podía hacer nada para solucionarlo (ya hemos hablado de ella, ¿recuerdan?, cuando explicábamos que no siempre es posible cambiar el contexto aunque éste sea muy desfavorable).

Bueno, pues vamos a ver cuál fue la actuación del psicólogo ante ambos problemas. Hablaremos desde nuestra propia posición de psicólogos que tratamos ambos casos (es decir, utilizaremos el término «nosotros» para referirnos a la actuación del profesional al que acudieron estas personas). Igual que hemos hecho hasta ahora, intentaremos explicarlo de la forma más clara posible, eliminando los términos técnicos, aun a riesgo de simplificar excesivamente. Pero como no pretendemos que ustedes aprendan a ser psicólogos sino que conozcan qué hacen estos profesionales en la clínica, creemos que vale la pena correr el riesgo.

Para mostrarles la actuación del psicólogo en el tratamiento de un caso, les vamos a mostrar las anotaciones sobre el mismo que se van haciendo en la historia clínica. Las sesiones se presentan en el orden en que se fueron llevando a cabo y se suelen dividir en tres apartados fundamentales: *Información, Análisis funcional y Tareas* que se le ha pedido al cliente que realice durante el período entre sesiones. Como podrán ver en las páginas siguientes, en todas las sesiones no se recogen datos en todos los apartados, especialmente si no ha habido cambios importantes.

EL CASO DE ÓSCAR, UN NIÑO QUE SE HACÍA PIS EN LA CAMA

Óscar es un niño de cinco años recién cumplidos (los cumplió al comenzar la terapia). Hijo único, sus padres son abogados de treinta años de edad, muy escépticos en cuanto a la eficacia de las técnicas psicológicas en la solución de los problemas. Nosotros no nos enfadamos ni nos ponemos a la defensiva, simplemente escuchamos su planteamiento aunque, evidentemente, no lo compartamos y les explicamos que, cualquier cosa que hagamos, será porque ellos entienden que es conveniente, con lo cual podrán plantear sus dudas a lo largo de todo el proceso de intervención.

A partir de ahora, vamos a describir con detalle cómo fue nuestra actuación sesión a sesión. El objetivo es mostrar, de manera aplicada, lo que hemos explicado teóricamente a lo largo de este libro. Así que en este capítulo apenas encontrarán ustedes aclaraciones del porqué de la actuación en cada momento, salvo que alguna en concreto resulte confusa o difícil de entender, para no resultar repetitivos. Con lo que hemos expuesto en los capítulos anteriores consideramos que podrán ustedes seguir y comprender sin problemas el caso clínico.

Primera sesión

- Información obtenida

La madre acude a nosotros cuando Óscar apenas ha empezado el curso académico. El motivo de consulta es que el niño sigue haciéndose pis en la cama, si bien están preocupados porque Óscar acaba de iniciar el colegio, después de dos años de guardería y parece que no está contento. Hasta hace unos meses vivían en Sevilla, muy cerca de sus abuelos y tíos. Único nieto, era la abuela quién se ocupaba de él mientras los padres iban a trabajar. Lo llevaba a la guardería, comía con él y pasaban juntos el resto del día, hasta que llegaban sus padres y lo llevaban a casa. Hace 15 meses se fueron a vivir a un pueblo cerca de Sevilla, pero Óscar continuó yendo a la misma guardería en la ciudad: sus padres lo llevaban a casa de los abuelos, todavía dormido, cuando se iban a trabajar por las mañanas y no lo recogían hasta la noche. Sin embargo, esto cambió al finalizar el curso. Este año ya comenzaba el colegio, cerca de su casa actual. Desde este momento, dicen los padres, el niño parece que se siente solo: se le nota triste y decaído, no quiere quedarse a comer en el colegio y se queja de que son demasiadas horas fuera de casa.

El padre lo mima mucho y le consiente todo, demasiado, dice la madre, quien se define como «mucho más dura». Ahora ella está embarazada y a Óscar le ilusiona mucho tener un hermano. Muy avispado y despierto, según la madre los maneja a todos: los términos que usa para definirlo son «negociante» y «manipulador».

El embarazo y el parto de Óscar fueron normales, sin que sufriera ninguna enfermedad ni accidente destacable. Descartado cualquier problema de tipo orgánico relacionado con la incontinencia nocturna.

Historia del problema: Control de esfínteres a los dos años, cuando empezó a ir a la guardería. Lo adquirió muy rápidamente, si bien la madre no sabe cómo fue el proceso de adquisición, puesto que estaba todo el día con sus abuelos o en la guardería.

Cuando le retiraron los pañales, los padres se siguieron levantando varias veces en la noche para ponerlo a hacer pis. A veces «acertaban» y lo felicitaban al día siguiente por ello; si lo encontraban mojado, lo cambiaban y lavaban o no, según lo cansados que estuviesen (últimamente ya no lo solían mudar). Ahora continúan levantándose, pero no le dicen nada si está seco (a pesar de que Óscar insiste en que se fijen en lo bueno que es), y si le riñen cuando está mojado, siempre a la mañana siguiente, pues cuando lo ponen a hacer pis tienen mucho cuidado para no despertarlo. Desde hace unos meses, tienen un orinal en la habitación y ya no lo llevan al cuarto de baño ni le cambian la ropa mojada.

Hasta aquí hemos recogido información indirecta sobre la conducta de Óscar y la conducta de los propios padres, a través de la entrevista. Nos hemos centrado en la conducta problema presente, pero también hemos evaluado algunos aspectos de la historia y otros no directamente relacionados con el problema. Con esta información hacemos un primer intento de análisis funcional.

- Análisis funcional

  — Estímulos desencadenantes: cama, noche, dormir.
  — Respuestas: contracción del detrusor (músculo que comprime la vejiga) que provoca la micción en la cama, seguir dormido.
  — Consecuencias: padres se levantan y lo ponen a hacer pis, sin despertarlo. Atención continua, mayor cuando aparece la respuesta problema (está mojado) que cuando ésta no ocurre (está seco).

Hipótesis: enuresis funcional nocturna primaria: incapacidad para el control de esfínteres nocturno debido a un mal aprendizaje. Desde pequeño, cuando le retiraron los pañales, los padres se levantaban varias veces en la noche con cierta regularidad para ponerle a hacer pis. No le dejaron aprender; a medida que pasa el tiempo, los padres se enfadan más y le prestan toda la atención cuando lo encuentran mojado, mientras que apenas se la prestan

cuando está seco (conducta no reforzada). Refuerzo positivo (atención) contingente con la conducta problema.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

Les pedimos a los padres que hagan un registro de las micciones nocturnas y diurnas (por si el problema de retención de la orina se relaciona con una pequeña capacidad de la vejiga), anotando cada noche si se mea o no, el número de veces que lo hace y la cantidad de orina (por el tamaño de la mancha) y si el niño se levanta alguna vez para hacer pis por sí mismo. En el registro diurno debían registrar el número de veces que Óscar iba a hacer pis y la cantidad de orina expulsada en cada ocasión, según una estimación personal.

'Datos que faltan'

Tenemos pendiente evaluar la adquisición de hábitos de limpieza en el niño, la distribución de la casa, el dormitorio (duerme solo, desde cuando) y el cuarto de baño y todo lo relativo al sistema de refuerzos utilizado con Óscar. En el mismo sentido, deberemos evaluar la posible existencia de otros problemas de conducta (disciplina, miedo a la oscuridad, a ir al servicio, pesadillas, etc.). Respecto al desarrollo del problema, falta evaluar si el cambio de casa o de colegio incrementó la conducta de micción involuntaria nocturna y la capacidad del niño para controlar la micción voluntariamente (posponer o interrumpir la micción).

Se le cita para dentro de dos semanas, tiempo que hemos asignado para la obtención de la línea base.

Podemos ver que hemos introducido nuevas estrategias de evaluación para conocer el problema: la observación directa por parte de los padres y el registro. Éste es un caso en que trabajamos con alguien, los padres, que no son los que tienen el problema (la enuresis), pero son los agentes activos del plan de intervención ya que la edad del niño es insuficiente para trabajar directamente con él.

Segunda sesión

- Información

El registro diurno (véase Figura 1) revela que no existe problema de capacidad de vejiga: el niño es capaz de retener la orina durante seis horas desde la micción anterior. Va al servicio dos o tres veces al día y no encuentra ningún problema en aguantar más tiempo si no puede ir en algún momento o se le indica que espere.

Durante la noche (véase Figura 2), los padres se levantan cada dos-tres horas, y en las dos semanas solamente se lo encontraron mojado en dos ocasiones. No lo cambiaron, sólo le pusieron un paño seco encima de la sábana mojada.

Respecto a la existencia de otros problemas de conducta, la madre nos informa de que siempre ha sido un niño disciplinado, nunca tuvo miedos y apenas ha adquirido hábitos de limpieza: son los padres quienes le lavan, le visten, peinan e incluso le lavan los dientes. Él no recoge la habitación ni hace la cama. Empezó a comer solo al año y medio.

La distribución de la casa permite al niño que se mueva sin ayuda de un adulto: el baño está muy cerca de la habitación y los interruptores son de fácil acceso. El problema parece que no se ha agravado con el cambio de casa y de colegio, aunque ya nos había comentado la madre que el niño parecía algo más triste desde que se produjo el cambio: antes vivían al lado de la familia y siempre había alguien en casa, lo que permitía que Óscar comiese allí. Ahora se tiene que quedar en el colegio y eso no le gusta.

Es un niño «que tiene de todo», los padres, sobre todo el padre, le consienten hasta el más mínimo capricho. Cuando le niegan algo, insiste hasta que el padre acaba cediendo; Óscar siempre acude a él cuando su madre le niega algo, con la seguridad de que lo va a obtener.

FIGURA 1.—Registro de la micción diurna (sesión 2) - Fecha: 21 de noviembre de 1991

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
L								m																
M																								
X																								
J																								
V																								
S										g						m							g	
D									g								g					p		

Clave: p (poco pis), m (medio pis), g (mucho pis)

FIGURA 2.—Registro nocturno (sesión 2)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Lo encontráis seco Hora	******* ******* ******* 0:30/3:30/ 7:30	******* ******* ******* 0:30/3:30/ 7:30	******* ******* 0:30	******* ******* ******* 0:30/3:00/ 7:30	******* ******* ******* 2:30/5:30	******* ******* ******* 2:30/5:30	******* ******* ******* 0:30/3:00/ 7:30
Lo encontráis mojado Hora			******* ******* ******* 3:30				
¿Qué hacéis?	Sin despertarlo, lo ponemos a hacer pis. Ídem. Ídem.	Sin despertarlo, lo ponemos a hacer pis. Ídem. Ídem.	Ídem. Sábana seca, sin mudarlo	Sin despertarlo, lo ponemos a hacer pis. Ídem. Ídem.	Sin despertarlo, lo ponemos a hacer pis. Ídem.	Sin despertarlo, lo ponemos a hacer pis. Ídem.	Sin despertarlo, lo ponemos a hacer pis. Ídem. Ídem.

Vamos a empezar el entrenamiento con el aparato despertador (seleccionando, entre las diversas modalidades que hay en el mercado, el *pipí-stop* que utiliza unos sensores que se colocan en el calzoncillo). Previamente explicamos a la madre la hipótesis de la cual partimos, insistiendo en que para que el niño deje de mojar la cama es necesario que aprenda una serie de cosas bastante complejas, desde distinguir cuándo tiene la vejiga llena, vacía o semillena, a despertarse y levantarse por las noches ante el estímulo de la vejiga llena. Una vez que ha comprendido la hipótesis y está de acuerdo en el planteamiento de la terapia, le explicamos el funcionamiento del *pipí-stop*. Le instruimos en su colocación e insistimos en la importancia de situarlo lo suficientemente lejos para que el niño no lo pueda apagar sin levantarse. Deben explicarle a Óscar cuál es el funcionamiento del aparato y para qué lo van a utilizar. El niño debe estar de acuerdo en comportarse por la noche según el plan pre-

fijado: antes de acostarse, los padres le ayudarán a colocar los sensores del *pipí-stop* en el calzoncillo, sujetos con un esparadrapo; tan pronto suene el timbre, se debe levantar a apagarlo. Mientras, uno de los padres se levantará y le acompañará al cuarto de baño, donde terminará de hacer pis (deben retirar el orinal de la habitación), le ayudará a lavarse y a cambiarse de ropa (la muda estará preparada desde la noche anterior). Retirarán de la cama la sábana mojada, pondrán otra seca y dispondrán una nueva muda por si vuelve a sonar el timbre.

Se le indica que deben comentar y discutir con el niño el procedimiento, y todas las mañanas durante esa semana charlar sobre las ventajas de aprender a no hacerse pis en la cama (podrá quedarse a dormir en casa de amigos, no se mojará por las noches, etc.). En el mismo sentido, se le insiste en la necesidad de que alaben la conducta de no mojarse y apenas presten atención cuando se encuentra la cama mojada, salvo para resaltar las consecuencias negativas de este hecho.

Como podemos ver, la observación y el registro a lo largo de las dos semanas que transcurrieron desde que empezó la intervención, junto con los datos obtenidos en las dos sesiones de entrevista, fueron suficientes para establecer el plan de tratamiento. Otra cuestión importante es que discutimos éste con la madre y, a su vez, ella lo tenía que acordar con su marido y con su hijo; de esta forma, todos los implicados en el proceso y corresponsables del mismo estaban de acuerdo en las estrategias y las técnicas seleccionadas.

- Análisis funcional

Con los datos obtenidos en esta segunda sesión se confirma nuestra primera hipótesis. El niño presenta un problema de enuresis funcional primaria nocturna, sin problemas de capacidad de la vejiga. Óscar no ha aprendido a controlar los esfínteres de noche porque siempre se han preocupado por despertarlo antes de que se mojara, con lo cual no ha podido aprender a despertarse ante el estímulo de la vejiga llena. El problema se ha agravado

con el cuidado de los padres en no despertarlo cada vez que lo ponían a orinar por las noches.

- Notas para la próxima sesión:

En función de cómo se haya desarrollado la semana, se realizarán las modificaciones pertinentes y se aclararán las dudas que hayan surgido.

'Tareas que se han de realizar'

Seguir con el *pipí-stop*, registro de micción nocturna, indicando el número de veces que está la cama seca o mojada, el número de veces que suena el aparato cada noche y las horas a que suena.

Se le cita para la semana siguiente.

Tercera sesión

- Información

La madre no trae el registro, así que no podemos saber con exactitud el número de veces que sonó el aparato, aunque comenta que sonó varias noches y que apenas estaba mojado. Óscar ha aceptado el programa, incluso le gusta ponerse el aparato por las noches. Al principio jugaba a hacerse pis voluntariamente mientras aún estaba despierto porque le divertía que sonara el timbre.

Durante los últimos días, se levantó en dos ocasiones (en dos noches distintas) antes de que sonara. No ha surgido ningún inconveniente a lo largo de la semana. Insistimos en la importancia de realizar correctamente el registro nocturno y volvemos a explicar cómo se hace.

La madre nos comenta que ingiere muchos líquidos y que no han hecho ninguna restricción desde que comenzó a utilizar el *pipí-stop*. Por ahora no consideramos necesario hacerle ninguna indicación sobre la necesidad de que aumente todavía más la ingestión de líquidos.

Continuamos con el programa de entrenamiento. No se hace ninguna modificación, únicamente indicamos a la madre qué es lo que ha de hacer si el aparato no suena aunque el niño se haya hecho pis. Programamos un premio (de acuerdo con Óscar) si la cama está seca durante tres noches. Como tarea durante el día, le proponemos que comprueben su habilidad para cortar la micción voluntariamente, una vez que ésta se ha iniciado. Deberán acompañar a Óscar al váter cuando tenga ganas de hacer pis y decirle que corte la orina, las primeras veces cuando ya quede poca y progresivamente (según la habilidad que muestre) más cerca del inicio de la micción.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han realizar'

1. Registro nocturno igual al de la semana anterior
2. Entrenamiento en cortar la orina.

Se le cita para la sesión siguiente.

En esta sesión apenas ha habido cambios. El análisis funcional sigue siendo válido y todavía es pronto para introducir modificaciones en el plan de tratamiento, que ha sido favorablemente aceptado por Óscar.

Cuarta sesión

- Información

El registro (véase Figura 3) muestra que a lo largo de la semana se despertó por la mañana seco en tres ocasiones sin que hubiese sonado el timbre. En otras tres ocasiones sonó el timbre, apenas estaba mojado, se levantó y orinó en el váter. La noche restante no sonó el aparato pero mojó la cama. Sin embargo no premiaron al niño, pues la madre había entendido que las tres noches secas debían ser consecutivas y no ocurrió así. Se aclara

este punto y le decimos que lo hagan válido con Óscar durante la semana siguiente. Es capaz de cortar la micción en cualquier momento de la misma.

FIGURA 3.—Registro nocturno (sesión 4)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Seco				******* ******* ******* *******			******* ******* ******* *******
Poco mojado	******* ******* ******* *******		******* ******* ******* *******		******* ******* ******* *******	******* ******* ******* *******	
Muy mojado		******* ******* ******* *******					
Timbre (Sí/No)	Sí	No	Sí		Sí	Sí	
Hora	5:30		4:45		5:30	7:00	
Anticipó							
Hora							

Surgen una serie de problemas paralelamente al aprendizaje del control nocturno de esfínteres: durante la semana ha empezado a mostrar miedos de noche y a no quererse levantar cuando suena el aparato porque dice que le da miedo ir al baño. Los últimos días también muestra miedos diurnos, pero sólo en casa (no en el colegio). También se niega a comer solo y quiere que sea la madre quien le dé la comida. Ella se suele negar, pero acaba perdiendo la paciencia y se la da. Por las noches ocurre algo similar; cuando Óscar los llama desde la habitación, no van hasta que «terminan hartándose» y acuden a su llamada.

Al aclarar con la madre estos problemas que van surgiendo nos enteramos de que a lo largo de la semana han dejado de prestar atención al niño respecto al tema del pis. Según la madre, al darse cuenta de que iba bien y que estaba dejando de mearse por las noches, apenas hablaron con él del tema ni reforzaron la cama seca. El niño les recordaba que iba a tener derecho a premio, pero eso no hacía que los padres alabasen la conducta positiva.

Explicamos a la madre la importancia de enseñar al niño que las consecuencias de su conducta no son aleatorias y que las conductas positivas obtienen premio y las inadecuadas no. Por otra parte, se insiste en la necesidad de *no ceder en ninguna* ocasión ante la emisión de conductas negativas de requerimiento de atención (puesto que el reforzamiento intermitente, unas veces si y otras no, es el procedimiento más eficaz para mantener una conducta); por tanto es imprescindible el acuerdo constante entre ambos padres ante el comportamiento de Óscar.

- Análisis funcional

La atención de los padres que Óscar obtenía cuando mojaba la cama, disminuye en cuanto se reducen las micciones nocturnas, lo cual hace que la busque mostrando una serie de conductas (miedos, no comer) que son inadecuadas y ante las que los padres reaccionan inmediatamente (prestándole atención). El hecho de que sea un niño al que se le consintieron todos los caprichos y se le dieron todo tipo de regalos, de forma no contingente a la ejecución de conductas positivas hace que Óscar no haya aprendido a discriminar entre comportamientos adecuados, cuya consecuencia es un premio y aquellos otros que son negativos y cuya consecuencia debería ser un castigo.

En esta ocasión, debido a los cambios en el comportamiento de Óscar asociados a las modificaciones introducidas por sus padres, hemos realizado un nuevo análisis funcional, que a su vez obligará a alterar el plan de tratamiento establecido previamente.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

Con el doble objetivo de asentar el aprendizaje del control de esfínteres y cortar el desarrollo y generalización de los problemas que empiezan a surgir, se programan las siguiente tareas:

1. Programa de reforzamiento positivo, consistente en alabar a Óscar veinte veces por día durante la próxima semana respecto a lo bien que lo está haciendo.
2. Por otra parte, se les instruye para que hagan lo mismo delante de otras personas, sobre todo aquellos miembros de la familia especialmente vinculados con el niño (abuelos).
3. Deben acordar qué premio obtendrá si no moja la cama durante tres noches, consecutivas o no.
4. Programa de extinción de las conductas de miedo y negación a comer solo, previa aclaración con Óscar de las consecuencias (ausencia de consecuencias) que tendrá a partir de ahora su comportamiento.
5. Beber dos vasos de su bebida preferida (zumos de frutas) antes de acostarse.
6. Continuar con el mismo registro.

Fijamos la próxima sesión para dentro de una semana, a la que acudirán ambos padres.

Quinta sesión

- Información

Vienen los dos, el padre y la madre. Han cumplido todas las tareas, y están muy satisfechos con el desarrollo de la semana. Respecto a la enuresis, no ha mojado la cama ninguna noche, y el aparato sólo sonó en una oca-

sión, en la que el niño se levantó sin problemas y realizó correctamente las tareas programadas. Antes de acostarse bebía la cantidad de líquido establecida, sin que ese aumento en la ingestión provocase un aumento paralelo en la micción nocturna. En cuanto a las tareas asignadas a los padres, las cumplieron perfectamente, y Óscar respondió en consonancia: los miedos se extinguieron a lo largo de la semana, así como las negativas de comer solo. Durante el fin de semana, que estuvieron con los abuelos, alabaron su comportamiento y lo felicitaron por haber conseguido el premio acordado (un juego de ordenador). Cumplido igualmente el programa de reforzamiento y el entrenamiento en cortar la micción (al niño le divierte hacerlo). El único problema continúa siendo la tendencia del padre a ceder ante las exigencias del niño. Le explicamos la importancia de su conducta para el correcto desarrollo de Óscar y su responsabilidad, como principal fuente de refuerzos de su hijo y administrador de contingencias, en la educación del niño.

Por otra parte, han empezado a entrenar al niño en hábitos de aseo: el padre servía de modelo de la conducta de lavarse los dientes y Óscar ha empezado a lavárselos solo. También comienza a vestirse, siguiendo las instrucciones de su madre.

Puesto que no se ha mojado en toda la semana, y llegan las vacaciones de navidad, con lo cual estaremos dos semanas sin sesión, establecemos un plan terapéutico para este período, durante el cual empezaremos la retirada del aparato despertador.

Planificamos el programa para dos semanas, durante las que se procederá de la siguiente manera: la primera semana se colocará el *pipí-stop* todos los días. Si no se moja ningún día, la siguiente semana se colocará solamente tres días alternos. Puesto que hemos comprobado que la capacidad de la vejiga es grande, rechazamos la posibilidad de que se despierte por sí solo para ir al váter. Si un día el niño se hace pis con el aparato conectado, también lo deberán conectar al día siguiente. Si el aparato está desconectado una noche en que moja la cama, lo volverá a conectar durante dos días seguidos. Modificar, de acuerdo con el niño, la cantidad de noches secas

necesarias para la obtención de premio, que pasarán a ser de cinco semanales durante la primera semana, y si lo consigue, de siete durante la segunda. En cuanto al programa de reforzamiento, deben ir reduciendo gradualmente el número de refuerzos, que pasará a ser quince la primera semana y cinco la segunda.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

1. Seguir con el entrenamiento de cortar la micción.
2. Aprendizaje de hábitos de limpieza.
3. Programa de reforzamiento parcial.

Se les cita para dentro de dos semanas.

Sexta sesión

- Información

Durante las Navidades no se ha hecho pis ni ha sonado el aparato durante los días en que lo tuvo colocado. Obtuvo los premios que habían acordado, pero no le hizo mucha ilusión porque en esta época (Navidades) tuvo muchísimos regalos. En una ocasión en que debía ponerse el aparato lo llevaron a casa de sus abuelos a dormir y se olvidaron del despertador. Tuvo que dormir sin aparato, pero no se mojó. A raíz de este episodio, el niño ha pedido «una oportunidad» para que le dejen dormir ya siempre sin conectarlo.

Todavía da un poco la lata con la comida, pero de forma esporádica. Está adquiriendo rápidamente los hábitos de limpieza: se lava solo, también los dientes y se viste prácticamente solo, salvo los zapatos.

Se les instruye para que refuercen cualquier actividad positiva que inicie por sí mismo cuando se esté lavando, vistiendo o comiendo (actividades durante las cuales suele reclamar mayor atención), al tiempo que se insiste

en que no atiendan sus demandas cuando, en palabras de la madre, se pone «tontito», sobre todo no reñirle ni prestarle atención cuando realiza conductas indeseables (algo en lo que suelen incurrir los padres). El mayor problema es el uso del ordenador, que a Óscar le encanta. Cuando no le dejan jugar con él se enfada, grita e incluso les insulta, sobre todo cuando hay alguien delante y sabe que los padres no se pondrán tan duros. Proponemos firmar un contrato con Óscar respecto a las horas y momentos de uso del ordenador.

Por otra parte, decidimos suprimir los premios materiales, puesto que, sobre todo en esta época, el niño está saturado. Mucho refuerzo verbal.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

1. Suprimir el uso del aparato despertador.
2. Contrato con Óscar sobre el uso del ordenador.
3. Refuerzo verbal positivo ante el inicio de conductas establecidas como positivas: vestirse solo, lavarse solo, comer solo.

Se les cita para dentro de dos semanas, sesión a la que acudirán con Óscar.

Séptima sesión

- Información

Viene el niño, muy contento de sus éxitos y decidido a no volver a necesitar el aparato despertador. No se ha orinado ni una sola vez en estos quince días, ni se ha levantado a hacer pis por la noche. Tampoco ha surgido ningún problema en el establecimiento del contrato para el uso del ordenador, que Óscar ha aceptado de buen grado y ha cumplido a la perfección.

Lleva cinco semanas sin mojar la cama, durante las cuales únicamente se ha levantado una noche a orinar (en la primera semana). Decidimos empezar el período de seguimiento, para lo cual los citamos para dentro de un mes.

Octava sesión

- Seguimiento

No ha surgido ningún problema. Óscar controla perfectamente la micción nocturna, ha aprendido los hábitos de aseo y han desaparecido completamente los miedos y negativas a comer. En este momento se le da el alta definitiva.

Realmente este caso apenas necesita comentarios. Es uno de estos que los psicólogos califican como modélicos, en el sentido de que todas las cosas ocurren como están programadas. El único problema que surgió, y que se corrigió rápidamente, fue en el momento que los padres redujeron su atención al niño cuando vieron que el entrenamiento estaba dando resultados. Pero no siempre el tratamiento funciona con tanta rapidez: a veces parece que las cosas van para atrás, ocurren ciertos acontecimientos que agravan o entorpecen la marcha del plan de intervención, los clientes se desmotivan o se sienten sin fuerzas para continuar... Problemas que el psicólogo ha de resolver, utilizando sus conocimientos teóricos y técnicos.

Pasaremos ahora a describir el segundo caso, el de Elena, la muchacha deprimida. Aquí las cosas no fueron tan sencillas ni cómodas como en el caso de Óscar pero, en este ejemplo, a pesar de las dificultades, el caso también se resolvió favorablemente. Nos vamos a detener en explicarles con más detenimiento la actuación del psicólogo, pues dadas las características del problema de Elena había muchos aspectos inicialmente confusos que hubo que ir aclarando sobre la marcha. No como en el caso anterior, en el cual desde el principio, la conducta a modificar era clara, hacerse pis en la cama, y había un acuerdo explícito con los padres de Óscar respecto a cuál era el objetivo de la intervención.

EL CASO DE ELENA, LA JOVEN DEPRIMIDA

Elena tiene diecinueve años, es estudiante de segundo curso de ingeniería y viene acompañada de su madre. Es ésta quien nos dice que está muy preocupada por su hija porque desde Semana Santa está muy deprimida, apenas sale de casa y llora con mucha frecuencia. Durante todo el verano ha estado encerrada, no se ha presentado a los exámenes de septiembre y ahora, a punto de iniciarse el curso, teme que las cosas continúen igual. Veamos lo que hay anotado en la historia clínica del psicólogo.

Primera sesión

- Información

A lo largo de toda la hora que aproximadamente duró esta primera sesión, Elena llora casi continuamente, especialmente cuando nos habla del tema que, dice ella, es la causa de que se encuentre así: Roberto, su amigo íntimo, con el que ella *creía* tener una relación *de pareja,* ha empezado a salir con una chica. Realmente, afirma, entre ellos nunca había habido ninguna otra cosa que amistad ni habían tenido ningún contacto sexual que los definiese como pareja; pero estaban siempre juntos, se esperaban a la salida de clase, se llamaban por teléfono para contarse sus cosas, con lo cual ella entendía que si no había relaciones sexuales era porque aún *no había llegado el momento,* pero que era algo que llegaría. Así que cuando Roberto empezó a salir con otra chica, ella se quiso morir y aún ahora tenía ese deseo. Si viene aquí es porque su madre está muy preocupada y, con los problemas que hay normalmente en la familia, ella no quiere ser uno más. Pero reafirma que la única solución para su caso es que Roberto deje a su novia y vuelva con ella: si no, sólo desea morirse. Se siente culpable y se repite continuamente que la culpa es de ella, que algo debió hacer mal para que Roberto la dejara así.

Antes de este incidente, era una persona muy activa; le encantaba salir al campo, ir al cine y, sobre todo, estar rodeada de amigos. No bebe alcohol, apenas fuma (sólo cuando tiene problemas, por ejemplo ahora) y no consume drogas. No tiene hermanos. Su padre bebe mucho, desde que ella era pequeña. Recuerda muchas tensiones en casa y muchas peleas. Actualmente la vida en la casa es desagradable para Elena: el padre tiene cirrosis y apenas se mueve de la cama, salvo para armar bronca.

Está tomando ansiolíticos que le recetó un psiquiatra con el que está en tratamiento, pero a pesar de la medicación duerme mal y no se siente con fuerzas para nada. Sólo cuando Roberto le hace caso (la llama por teléfono o quedan para tomar algo), lo cual ocurre esporádicamente, se siente más animada. Su madre se preocupa por ella, al igual que sus amigos, quienes la llaman mucho por teléfono, pero a veces se harta y se enfadan. Piensa que nadie la va a querer jamás.

En este punto consideramos imprescindible interrumpir la recogida de información para explicarle cómo trabaja un psicólogo y qué puede esperar de nosotros, al tiempo que le informamos de qué sin su colaboración no podremos llevar a cabo el tratamiento. Si ella quiere colaborar, nosotros estamos dispuestos a ayudarla; ahora bien, el objetivo no ha de ser conseguir que Roberto la quiera, sino que ella esté bien, con o sin Roberto. Por lo tanto, antes de seguir adelante hemos de clarificar cuál va a ser el objetivo general de la intervención, que *siempre* será relativo a su propio comportamiento y *nunca* al comportamiento de los demás.

- Notas para la próxima sesión:

  'Tareas que se han de realizar'

  1. Autorregistro de la conducta de «sentirse triste por encima del nivel medio diario (en una escala de 0 a 100, hoy el nivel medio está en 60)»: Día/Hora/Situación en la que está (contexto estimular)/Qué ocurre (estímulo antecedente)/Qué piensa (respuesta)/Qué siente (respuesta)/Duración del episodio/Nivel subjetivo de malestar (0 a 100).

2. Cuestionarios de evaluación del comportamiento depresivo.
3. Cuestionario de evaluación del *estilo atribucional* (queremos conocer si se considera responsable de sus éxitos y sus fracasos o cree que son debidos a causas externas a ella misma).

Se le cita para la próxima semana.

'Datos que faltan'

Características de la respuesta problema, concretar estímulos antecedentes y consecuentes. Cómo intenta superar sus momentos de tristeza. Actividades que realiza a lo largo del día. Comportamiento de la madre y los amigos cuando Elena se muestra triste y cuando está más animada. Evaluar el ambiente familiar, las relaciones entre los miembros de la familia. Información complementaria para la planificación del tratamiento: ocio, hábitos antes de la depresión, planes de futuro.

Comentarios sobre la sesión

La principal dificultad encontrada durante esta primera sesión es la de la obcecación de Elena en identificar «sentirse bien» con «estar con Roberto». No discutimos el tema al principio sino que la dejamos que hable y nos cuente cómo ve la situación sin apenas intervenir, sólo preguntando en aquellos puntos que nos resulten más confusos o incomprensibles De esta forma podemos obtener una información esencial sobre su forma de comportarse y de entender el mundo, las relaciones con sus iguales, el ambiente familiar, la valoración que hace de ella misma, etc. Cuando llora, lo cual hace durante prácticamente toda la sesión, no intervenimos ni hacemos ningún comentario esperando a que se calme en el caso de que el llanto le impida hablar (extinción). Hacia el final de la sesión, una vez que se ha desahogado y se siente más tranquila, retomamos la dirección de la entrevista y

le explicamos qué puede esperar de nosotros y qué esperamos nosotros de ella en el contexto clínico, dejándole bien claro que un objetivo a desechar es conseguir que Roberto la quiera.

Esperamos a tener más datos para establecer una hipótesis sobre el problema ya que éste se presenta algo confuso y necesitamos más información.

Segunda sesión

- Información

Repaso de la semana y de las tareas realizadas durante la misma. La información recogida en el autorregistro está muy poco operativizada y requiere una clarificación (véase Figura 4); en él se refleja una semana obsesionada por el tema de Roberto: a todas horas está pensando en él y recordando momentos felices pasados juntos; cuando la llaman por teléfono solamente habla de él o pide información de qué hace y con quién está; se encierra en su habitación a mirar fotos y recuerdos. Todo el dormitorio está lleno de fotos de ambos, de cosas compradas juntos, regaladas por él o asociadas en alguna manera a su persona. Se pasa allí horas y horas, tumbada en la cama, llorando y recordando. Antes ayudaba en la casa a su madre y ahora no hace nada (la madre comprende que sea así porque está muy mal). Sentirse mal, para Elena, es sentir vacío, cansancio, apatía, inferioridad, llorar y, en menos ocasiones, impotencia, rabia y sensación de fracaso. A medida que pasa la semana el apartado de pensamientos se va llenando más y más, con descripciones extensas sobre cómo su vida no tiene sentido, sin él ya nada tiene importancia, deseos de morir, vida destrozada, necesidad de tenerlo, etc. Estos pensamientos surgen cuando está sola en su habitación (que está funcionando como estímulo discriminativo donde los sentimientos de tristeza y las conductas depresivas están siendo reforzadas).

Esta semana solamente salió un día de casa para acompañar a su madre a la compra. Pasó todo el tiempo

hablando con su madre de Roberto y sólo pensaba en volver y encerrarse en su habitación. De todas formas el grado de malestar registrado durante este episodio es menor que en casa.

El cuestionario de depresión muestra respuestas de muy alta frecuencia e intensidad en prácticamente todos los *ítem* excepto en aquellos relacionados con componentes psicosomáticos (palpitaciones, sueño, apetito, etc.). El cuestionario de estilo atribucional confirma lo que se va perfilando en las entrevistas: las cosas buenas que le ocurren se deben a otras personas o a las circunstancias, mientras que se atribuye a sí misma la causa de todo lo malo. Únicamente en el trabajo se considera capaz de hacer cosas buenas aunque sea con muchísimo esfuerzo.

Úna vez que hemos revisado las tareas, dirigimos la entrevista hacia las áreas que han quedado más confusas: su relación con los padres y qué hace para que se pasen los momentos de «crisis».

Respecto a la familia, con su padre no habla desde hace varios años y procura no estar nunca donde está él; incluso intenta comer a horas distintas y durante el curso ni va a comer a casa. Con su madre tiene una confianza total, dice, pero le aterra llegar a ser como ella, es decir, tener que permanecer al lado de un hombre por no ser capaz de afrontar la vida sola (teme a la soledad, a no ser querida).

Respecto a las cosas que hace para sentirse mejor comprobamos que lo habitual es cambiar de actividad o ponerse a hacer algo que la distraiga y, si está muy mal, tirarse en la cama y dejar que pase el tiempo (hasta que alguien la llame o se duerma).

- Análisis funcional

Vamos a señalar primero los elementos que son relevantes en el mantenimiento del problema y luego describiremos las relaciones funcionales entre ellos.

FIGURA 4.—Autorregistro del

Día	*Hora*	*Situación*	*Qué ocurre*	*Qué sientes*
10	12	Hablando en la biblioteca con un amigo.	Me cuenta que Roberto estuvo ayer allí.	Pena, ganas de llorar, soledad, tristeza.
10	14	Estoy sola en mi cuarto, tumbada en la cama.	Me vienen recuerdos a la cabeza de su cumpleaños del año pasado.	Me encojo por dentro, ganas de llorar, vacío, pena, lloro.
10	16	Hablando con mi madre.	Le cuento cómo era un sitio en el que estuve con Roberto.	Tristeza, lloro.
10	18	En mi habitación.	Pensando en Roberto.	Cansancio, lloro.
10	23	En mi habitación.	Miro fotos de Roberto.	Angustia, me ahogo, tengo ganas de llorar y de no parar nunca, de morirme, un vacío enorme en el estómago, en el corazón.

›mportamiento depresivo de Elena

Qué piensas	*Duración*	*Malestar*
Que las cosas ya no volverán a ser como antes, que lo he perdido todo.	Todo el tiempo que sigo hablando con él, no dejo de darle vueltas (1/2 h).	5
Que lo he perdido para siempre, que quiero hablar con él y decirle cuánto lo hecho de menos. Me quiero morir.	Una hora, hasta que me llama mi madre.	7
Esos buenos momentos nunca se repetirán, no se cómo pude perderlo.	Más de una hora.	6
Quiero hablar con él, me acuerdo de lo que me reía con él y ahora que no está ya no me puedo reír.	Hasta que me duermo.	9
Un año entero de mi vida lo he vivido por él, todo mi mundo giraba en torno a él, me daba ilusión para vivir y fuerzas para hacer las cosas. Ahora ya nada volverá a ser como antes, no le tendré cerca, mi vida no tiene sentido, estoy destrozada. Todo mi mundo se ha hundido. Los días no tienen sentido, nada es importante, ni la carrera ni mi futuro.	Horas, hasta que me duermo (a las 2 de la mañana sigo despierta).	10

Características generales del caso:

— Mujer de diecinueve años, universitaria. Buena estudiante hasta que surge el problema.
— Padre alcohólico, conflictos familiares.
— Estilo atribucional interno negativo.
— Tratamiento farmacológico (ansiolíticos).

Estímulos antecedentes:

* Externos:

— Hablar de su problema.
— Hablar de Roberto.
— Ver recuerdos o fotos de Roberto.
— En casa y especialmente en el dormitorio.

* Internos:

— Pensar en Roberto.
— Pensar en los meses anteriores a que tuviera novia.
— Pensar sobre su relación.

Respuesta:

* Fisiológica/emocional:

— Llanto.
— Angustia.
— Mareo.
— Vértigo.
— Nudo garganta y estómago.
— Vacío.
— Cansancio/apatía.

* Motora:

— Encogerse.
— Tirarse en la cama.
— No salir, reducir actividades.
— Callar.
— Tomar tranquilizantes.

* Cognitiva:

— Pensamientos de inferioridad.
— Pensamientos recurrentes de infelicidad.
— Pensamientos irracionales sobre Roberto y sobre su imposibilidad para volver a ser feliz.
— Deseo de morir.

Consecuencias:

— Inicial atención positiva de los amigos/los amigos se hartan.
— Atención de la madre.
— Eludir responsabilidades (estudios, tareas caseras).
— Ausencia de actividades placenteras.

Según estos datos, Elena está encerrada en su habitación la mayor parte del tiempo, inactiva y dedicándose por completo al recuerdo de Roberto (respuesta) y de los momentos anteriores a su supuesta ruptura (respuesta). Todas sus conversaciones y pensamientos giran en torno a él y la única actividad que realiza es mirar fotos de épocas anteriores (respuesta), especialmente en su habitación, donde pasa la gran mayoría de su tiempo (estímulo discriminativo). Ha dejado de realizar las actividades que antes le satisfacían y, en general, cualquier tipo de actividad (reducción del nivel general de refuerzos). En los momentos en que se acentúa su malestar (desencadenados por recuerdos del chico), llora y persiste en su conducta de aislamiento e inactividad, recibiendo por parte de la madre y de los amigos una mayor atención (las conductas depresivas son reforzadas positivamente). Considera que para estar bien ha de estar con Roberto, si no la vida no tiene sentido y considera que si no están juntos es porque algo ha hecho mal: esta línea de pensamiento intensifica su conducta depresiva, con lo cual refuerza su creencia en que no existe forma de salir de ella.

Se perfilan entonces dos vías de actuación sobre las que se va a basar el *plan de tratamiento:*

- El incremento del nivel de actividades (facilitar el proceso de reforzamiento positivo de alguna conducta adaptativa y eliminar el estímulo antecedente de la conducta depresiva).
- La interrupción y modificación de los pensamientos irracionales sobre su propia valía y su futuro.
- A pesar de sus deseos de morir, se considera que no hay riesgo de suicidio.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

1. Autorregistro como el anterior
2. Listado de actividades que le gusta o gustaba hacer.

Se le cita para la próxima semana.

Comentarios sobre la sesión

Durante esta sesión hemos sido mucho más directivos; ya partíamos de una idea general de cuál es y cómo se manifiesta el comportamiento depresivo de Elena y los autorregistros han facilitado la identificación de los estímulos desencadenantes de la respuesta problema y las características de la misma. Ahora nos interesaba precisar y matizar las cuestiones menos claras y que pensábamos que podían tener cierta relevancia en el problema (el ambiente familiar, por ejemplo) e ir cortando sus verbalizaciones irracionales, que en la primera sesión no limitamos, y que estaban centradas en «la necesidad de Roberto para vivir». En esta sesión extinguimos este tipo de respuestas y reforzamos de forma sistemática cualquier verbalización o gesto que tenga un contenido positivo mínimo. Por otra parte, consideramos conveniente empezar a discutir alguna de las ideas irracionales que surgen respecto a Roberto y a la imposibilidad de volver a ser feliz. También señalamos que insistir en ese asunto es una de

las causas por las que se siente peor, y le recomendamos que vaya intentando poco a poco cortar esos pensamientos cada vez que surjan.

Tal como hemos explicado en el Capítulo IV, nuestro plan de tratamiento no incluye la intervención sobre el medio familiar; es verdad que es una fuente importante de problemas para Elena y que algunas modificaciones en la interacción de los miembros de la familia podrían mejorar sensiblemente su comportamiento depresivo, pero son variables que no están bajo nuestro control. Elena ha de aprender a comportarse de forma no depresiva en ese medio aversivo y así se lo habremos de explicar. Ni su padre ni su madre son nuestros clientes y por ello no podemos decirles qué es lo que tienen que hacer; la madre sí está dispuesta a colaborar con nosotros en lo que se refiere a Elena, pero en absoluto está dispuesta a cambiar ningún otro aspecto de las relaciones con su marido.

Tercera sesión

- Información

El autorregistro que trae esta semana apenas ha variado en relación a los de los días pasados, aunque podemos comprobar que han disminuido considerablemente los pensamientos repetitivos sobre la necesidad de estar con Roberto y el tiempo pasado con él. Ha seguido las indicaciones de la semana anterior y si bien no es capaz de cortar el pensamiento tan pronto aparece, sí ha conseguido que éste tenga una duración menor. Una de las formas ha sido dejar de escribir (de «recrearse» en sus penas) y salir de la situación en la que estaba (generalmente salir de su habitación y/o dejar de hablar con su madre). Ella sonríe algo más durante la sesión y reconoce sentirse algo mejor y más segura al ver que hay cosas que puede hacer para mejorar (reforzamiento de esas verbalizaciones).

Trae el listado de actividades agradables que le habíamos pedido y analizamos las que tenían posibilidad de

realizar y las que no. Hay algunas que a Elena, dice, le gustaría realizar porque antes las hacía con Roberto, pero que ahora sin él han perdido sentido y ya no le producen placer. Decidimos repasarlas una a una y las ordenamos en función de la novedad (no está asociada a Roberto), la posibilidad (en términos de tiempo, dinero, disponibilidad) y la valoración. De está forma rechazamos actividades como «ir al extranjero» que aunque es muy valorada no está disponible o «ver fotos» que sí está disponible pero muy asociada a Roberto y el problema.

Siguiendo nuestro plan de trabajo, explicamos a Elena el análisis funcional y el plan de tratamiento; nuestro objetivo es que entienda que su comportamiento depresivo está desencadenado por una serie de variables actuales que poco tienen que ver con que Roberto tuviera novia. Eso ya pasó y tuvo su importancia en la medida en que desencadenó una serie de comportamientos que la fueron llevando a donde se encuentra ahora; y es con ese «ahora» con el que tenemos que enfrentarnos, no con el pasado. Con la ayuda de los autorregistros que ha ido haciendo y con los que trae de esta semana le vamos mostrando cómo su malestar está asociado a una serie de estímulos (los que hemos listado anteriormente) y está mantenido por la forma en que reacciona ante los mismos. De igual forma explicamos que estar mejor depende de ella y de realizar las tareas que vayamos programando entre semana. De nada sirve que entienda perfectamente por qué se encuentra triste y deprimida si luego no actúa para cambiarlo.

La explicación del plan de tratamiento tampoco plantea ningún problema concreto, salvo en lo que respecta al clima familiar. En algún momento ella se empeña en que así no puede estar bien, que su padre se tiene que ir de casa, que su madre no debe seguir manteniéndolo, etc. Le explicamos que eso no puede cambiar si ellos no quieren que cambie y que hasta ahora fue capaz de ser feliz en ese ambiente, con lo cual es posible que aprenda a serlo de nuevo. Es verdad que sería deseable que las cosas fueran de otra forma, pero en este caso no es posible que lo sean. Si ahora no tiene medios para irse de casa, en el caso de que eso sea lo que quiera, ha de poner en marcha cualquier iniciativa que le permita obtener ese

objetivo lo más brevemente posible; terminar la carrera y encontrar un trabajo es una de estas vías, y para ello ha de empezar a actuar ya.

Respecto a los objetivos a conseguir, nos centramos en el incremento de la realización de actividades, la disminución significativa de los pensamientos obsesivos respecto al tema de Roberto, la supresión de la conducta de queja, la supresión de la búsqueda de información sobre Roberto y, en concecuencia, el incremento de la sensación de bienestar (evaluado en una escala subjetiva de 0 a 100). Cuantificaremos las medidas para poder evaluar con precisión si estamos consiguiendo los objetivos señalados.

En primer lugar, explicamos la importancia del control estimular para reducir las conductas depresivas: así, si hemos evaluado que la visión constante y repetida de recuerdos de Roberto desencadena la conducta depresiva (llanto, pensamientos negativos, inactividad, tristeza...), la instruimos para que retire todos esos elementos de su medio habitual y los sustituya por otros, nuevos o antiguos, pero que no guarden relación con este chico. Además, se ha de proponer como tarea sistemática no iniciar ninguna conversación sobre este tema o, en el caso de que sea otro quien lo inicie, cambiar lo más rápidamente que pueda. Es conveniente que informe a su madre de esta decisión para que le facilite las cosas y sea ella misma la que no saque el tema.

En segundo lugar, la adiestramos en la técnica de parada de pensamiento. Habíamos comprobado en sesiones anteriores que ella misma había resuelto algunas situaciones problemáticas cambiando de actividad o incluso en esta última semana se había enfrentado con bastante éxito a algunos pensamientos recurrentes sobre su depresión. Ahora lo que hacemos es instruirla para que intente cortar el pensamiento tan pronto este surge, sin demorar su acción. Para ello identificamos, ayudándonos del autorregistro, cuáles son los pensamientos sobre los que tiene que actuar y señalamos aquellos que están presentes en los episodios depresivos registrados; pensamientos como: «No volveré a ser feliz»; «necesito a Roberto a mi lado»; «es mi culpa que ya no quiera estar conmigo»; etc. En estos primeros momentos del tratamiento es conveniente que detenga el pensamiento siem-

pre que éste tenga algo que ver con Roberto o su vida pasada, porque hemos comprobado que, si bien este recuerdo puede ser agradable, ahora provoca en ella sentimientos de infelicidad por la carencia actual. Le enseñamos cómo es posible que un estímulo suficientemente fuerte es capaz de interrumpir nuestros pensamientos. Para ello seguimos la práctica habitual: que cierre los ojos y que piense en algún tema y persista en él hasta que nosotros damos un golpe suficientemente fuerte como para sobresaltarla; repetimos este ensayo varias veces y después le enseñamos a que ella misma, con una palabra, en voz alta primero y luego en voz baja («basta», «stop») pare sus pensamientos. Esta acción la tiene que hacer cuando empiece a pensar y no al cabo de un tiempo cuando ya es más difícil ser efectivo.

En tercer lugar, elegimos la primera de las actividades que le gustan del listado reconstruido en sesión, que es aprender cerámica. Para empezar ha de encontrar cinco centros donde impartan clases y traer por escrito la información sobre las mismas. Por otra parte, en quince días empezarán las clases y reanudará normalmente la actividad académica.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

1. Control de estímulos: retirar los recuerdos de Roberto (fotos, regalos, etc.), no hablar con la madre ni los amigos del tema.
2. Programa de reforzamiento positivo a través de la ejecución de actividades agradables.
3. Registro de momentos agradables.
4. Registro de malestar (suprimiendo el apartado de pensamientos, pues hemos comprobado que no escribir lo que piensa reduce el malestar).
5. Técnica de parada de pensamiento/cambio de actividad.

Estas tareas habrá de realizarlas a lo largo de las dos semanas siguientes. Pero la citaremos también para la

próxima semana, de cara a controlar los posibles problemas que puedan haber surgido.

Cuarta y quinta sesiones

- Información

En estas dos sesiones comprobamos que ha realizado las tareas acordadas. Durante la sesión cuarta nos dedicamos a controlar que se estaba siguiendo el plan señalado y que no había habido ningún problema que nos indicase la conveniencia de modificarlo. En la quinta sesión afirma que se siente mejor; de hecho, cada vez sonríe más y cuenta más cosas de las que hace que no están relacionadas con Roberto. Pero no ha registrado ningún acontecimiento agradable porque dice que ha sido incapaz de sentir que le ocurriese algo bueno. Repasamos con ella lo que ha ocurrido durante la semana: le pedimos que describa los días tal como transcurrieron, para comprobar si, efectivamente, no ocurrió nada agradable o es que ella no ha sabido apreciarlo. Así aparecen ciertas cosas agradables que le hicieron disfrutar en el momento, como ir a una película que le encantó o comprarse algo de ropa; dice que sí le gustaron esas cosas cuando ocurrieron, pero cree que es mejor no darles valor porque luego, dice, lo puede pasar mal cuando no las pueda hacer.

El autorregistro sólo se refiere al primer día del curso, cuando lo pasó fatal pues se avergonzaba de encontrarse con antiguos amigos y compañeros y explicarles que repetía curso, los recuerdos del año pasado, la ausencia de Roberto, etc.

Los otros días bien: se ha apuntado a un gimnasio y a natación. Ha encontrado un curso de cerámica en un centro próximo a su casa, pero empezará el próximo trimestre. El notable incremento de actividades ha mejorado mucho su humor y ella misma lo nota.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

1. Autorregistro de acontecimientos positivos y negativos.

2. Mantener programa de reforzamiento positivo (actividades que ha empezado).
3. Entrenamiento en identificación de pensamientos negativos. Para ello elegimos cada uno de los surgidos en las distintas situaciones de registro, y practicamos en la sesión cómo se pueden identificar. Continuará con ese trabajo durante la semana.

La citamos para la próxima semana.

Sexta sesión

- Información

Ha realizado las tareas. Empezamos repasando los pensamientos negativos señalados en el autorregistro. Ha señalado cinco:

1. Voy a clase y en el autobús me encuentro a unos compañeros. Me empiezo a sentir triste y sola, no quiero hablar. Pienso: «Al faltarme Roberto me falta el único apoyo que tenía en mi vida para venir a la facultad y estudiar.»
2. Salgo de clase y voy a la cafetería con unos compañeros. Al llegar me quiero ir porque me siento terriblemente triste, vacía, sin rumbo. Pienso: «Todo mi mundo ha desaparecido.»
3. Me voy a casa a comer, no quiero llegar a casa y encontrarme con la historia de siempre. Pienso: «No estoy bien en ningún sitio. Quisiera morirme, que un coche me atropellara y todo se acabaría.»
4. Repasando el calendario del curso, los exámenes y los horarios. Mucha gente a mi alrededor haciendo comentarios. Pienso: «Todo es una basura, no quiero ver a nadie.»
5. Discuto con mi madre por culpa de mi padre. Pienso: «Mi familia es la culpable de que yo sea así, mi padre borracho y mi madre aguantándolo todo. Esto no tiene remedio.»

Ahora se trataría de discutir cada pensamiento, ver qué hay de cierto en ello y comprobar cómo pensar así sólo contribuye a sentirnos peor. Una vez hecho esto, pasaremos a ver qué otra forma de pensar podría desarrollarse en cada situación que pudiese hacerle sentir mejor. Lo fundamental en este punto es que Elena entienda que lo que ella piensa es una interpretación de la realidad, generalmente distorsionada y difícilmente verificable. En la misma forma que surgen esos pensamientos es posible entrenarse en otros alternativos que sean más adaptativos y nos hagan sentir mejor. Es decir, si son posible otras interpretaciones de lo que nos ocurre, ¿por qué elegir aquella que nos hace sentir peor? Empezamos con el primero de ellos; no encuentra dificultad en identificar esos pensamientos que le hacen sentir mal, pero al principio es difícil para ella encontrar un pensamiento alternativo. En este sentido, y respecto al primero, «Al faltarme Roberto me falta el único apoyo que tenía en mi vida para venir a la facultad y estudiar», hacemos preguntas sobre su vida antes de conocer a Roberto, si estudiaba, por qué, qué cosas le gustaba de la facultad, si le gusta aprender y conocer, etc. Cuando empiezan a surgir respuestas a estas preguntas, le hacemos que se replantee la afirmación de «el único apoyo en mi vida». Cuando empieza a cuestionarse la veracidad de la misma, empezamos a ver qué otros apoyos ha tenido y puede tener, aunque Roberto hubiese sido uno de los más importantes. Al finalizar la sesión, Elena considera que un pensamiento alternativo posible al anterior podría ser: «Realmente hay más cosas que me unen a la facultad. De hecho están mis amigos, aprender cosas nuevas, la posibilidad de acabar la carrera y seguir adelante, tener un trabajo y así la posibilidad de irme de casa y tener mi propia vida.» Trabajamos con los demás pensamientos en el mismo sentido

Esta semana ha disminuido el número de situaciones de malestar registradas así como el grado de malestar asociado a las mismas. Respecto a los acontecimientos positivos ha conseguido registrar cinco (e incluso uno de ellos con un 90 de placer): una hora de clase muy divertida, una charla con un nuevo compañero, salir de compras con su madre, hablar con tres antiguos compañeros del

instituto y del edificio. Comentamos estas situaciones y hablamos sobre ellas como de cosas positivas, que ocurren diariamente pero que cuando estamos mal no las percibimos o las evitamos. Es importante que Elena se dé cuenta que la forma de no sentirse mal es actuar y no recluirse, como ha hecho hasta ahora: cuántas más cosas haga, cuánto más se relaciones con gente, mejor se sentirá.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

1. Autorregistro de acontecimientos positivos y negativos.
2. Mantener programa de reforzamiento positivo (actividades que ha empezado).
3. Entrenamiento en pensamientos alternativos a los negativos identificados la pasada semana.

La citamos para la siguiente semana.

Séptima sesión

- Información

Incremento de las actividades gratificantes: durante esta semana ha empezado a salir con nuevos compañeros de clase, ha ido al cine y conocido a otras personas. Se siente mucho mejor y únicamente ha registrado tres acontecimientos negativos, relacionados todos ellos con Roberto (comentarios de amigos comunes a ambos). Ella misma sugiere que, al menos hasta que se sienta más segura, va a frecuentar esas nuevas amistades y a intentar reducir las salidas con su anterior grupo de amigos, con quienes el tema central de conversación acaba siendo siempre Roberto. Para la próxima semana abandonamos el registro de acontecimientos negativos (ya que el propio registro empieza a actuar como un estímulo discriminativo del malestar) y continuamos con el de positivos, que

en esta ocasión ha registrado más extensamente. Respecto a la tarea de los pensamientos alternativos, la trae correctamente realizada y nos dice que lo ha hecho sin un gran esfuerzo. Pero encuentra dificultad en conseguir que los «pensamientos correctos» surjan por sí solos en lugar de los pensamientos inadecuados. El trabajo que trajo para su análisis en sesión fue el siguiente:

1. Voy a clase y en el autobús me encuentro a unos compañeros de clase. Me empiezo a sentir triste y sola, no quiero hablar. Pienso: «Al faltarme Roberto me falta el único apoyo que tenía en mi vida para venir a la facultad y estudiar.» Podría pensar: *Realmente hay más cosas que me unen a la facultad. De hecho están mis amigos, aprender cosas nuevas, la posibilidad de acabar la carrera y seguir adelante, tener un trabajo y así la posibilidad de irme de casa y tener mi propia vida.*
2. Salgo de clase y voy a la cafetería con unos compañeros. Al llegar me quiero ir porque me siento terriblemente triste, vacía, sin rumbo. Pienso: «Todo mi mundo ha desaparecido.» Podría pensar: *Es cierto que gran parte de mi mundo lo compartía con él, porque coincidíamos en muchos gustos, actividades, etc., y por lo tanto muchas cosas que hago me traen recuerdos; pero siempre tuve una parte que era sólo mía y en la que me voy a centrar ahora. Mis amigos de la facultad, mi madre, hacer cosas que me gustan, como ir al cine, eso sigue ahí, no ha desaparecido.*
3. Me voy a casa a comer, no quiero llegar a casa y encontrarme con la historia de siempre. Pienso: «No estoy bien en ningún sitio. Quisiera morirme, que un coche me atropellara y todo se acabaría.» Podría pensar: *Es falso que no esté bien en ningún sitio. Es verdad que no estoy como antes, pero hay algunos momentos en que hasta disfruto. Además, morirme podría ser una solución para mí, pero causaría tanto daño a mucha gente que quiero que no es la solución más adecuada.*

4. Repasando el calendario del curso, los exámenes y los horarios. Mucha gente a mi alrededor haciendo comentarios. Pienso: «Todo es una basura, no quiero ver a nadie.» Podría pensar: *Me contradigo a mí misma, tan pronto pienso que no quiero ver a nadie como estoy buscando a algún amigo para distraerme. Hay muchas cosas que no son una porquería, como aprender cosas nuevas o salir a charlar con un amigo. Es verdad que ahora me cuesta más relacionarme con la gente, pero es porque yo no estoy bien del todo y no porque los demás no valgan nada.*
5. Discuto con mi madre por culpa de mi padre. Pienso: «Mi familia es la culpable de que yo sea así, mi padre borracho y mi madre aguantándolo todo. Esto no tiene remedio.» Podría pensar: *Mi madre no es como yo, ni debería empeñarme en que así fuera. Ella eligió su opción de vida y, si a mí no me gusta, no tengo por qué elegirla yo también. Tenemos diferente educación y circunstancias que nos han afectado, pero ella siempre me apoyará y será mi amiga. Es verdad que mi familia es especial y no es agradable vivir aquí, pero en un futuro podré marcharme y organizar mi propia vida.*

Comentamos las dificultades que plantea y le aclaramos que es una cuestión de aprendizaje, que igual que ella ha aprendido a pensar en estos últimos meses de una forma «depresiva», ahora puede aprender a pensar de una forma «adaptativa» que le permita ser más feliz. Al principio le costará trabajo y a lo mejor tendrá que hacer un gran esfuerzo para que el pensamiento correcto sustituya al incorrecto, pero cuantas más veces lo haga, antes conseguirá automatizarlos.

- Notas para la próxima sesión:

'Tareas que se han de realizar'

No introducimos apenas cambios, de cara a afianzar los resultados positivos que se están consiguiendo al seguir el plan de tratamiento.

1. Autorregistro de acontecimientos positivos.
2. Mantener programa de reforzamiento positivo (actividades que ha empezado)
3. Continuar con el entrenamiento en pensamientos alternativos a los negativos identificados la pasada semana.

La citamos para la próxima semana.

Sesiones octava a décima

Estas tres últimas sesiones se redujeron a comentar el desarrollo de lo aprendido durante las anteriores y a reforzar las nuevas pautas de comportamiento que iban surgiendo, así como aclarar cualquier duda o problema que pudiese haber surgido. La mejoría de Elena era visible y ella decía sentirse muy bien. Incluso había empezado a salir más asiduamente con un chico, ha ido varias veces al cine y a un concierto de música, y a meterse en un proyecto de investigación de un departamento, con la posibilidad de trabajar allí al terminar la carrera. Realmente no plantearon ningún problema adicional, y en la décima sesión finalizamos el tratamiento, valorando Elena su situación actual con un 85 ó 90. La citamos para dentro de tres meses, con el fin de confirmar que sigue bien.

Le pedimos que conteste los mismos cuestionarios que contestó al inicio de la evaluación, el cuestionario de depresión y el cuestionario de estilo atribucional para ver las variaciones que se habían producido en sus respuestas después de la intervención. De esta manera comprobamos que, respecto al primero, las respuestas depresivas

han desaparecido y, respecto al segundo, que se han modificado las atribuciones tanto como la valoración de las mismas, en un sentido más equilibrado respecto a la internalidad y externalidad de las mismas.

Undécima sesión

No ha habido ningún cambio importante respecto a los avances conseguidos. Ha tenido algún examen, con éxito, y sigue valorando su situación actual como «muy buena» (mantiene la puntuación 90 en su escala subjetiva de bienestar). Ha empezado a salir de manera formal con el chico con el que había empezado tres meses antes y está muy ilusionada. Está muy sonriente, no toma ningún tipo de medicación y en su casa no ha habido cambios importantes que hayan alterado el curso de las cosas. Repasamos el uso de estrategias ante posibles futuras situaciones problemáticas y damos por finalizada la intervención.

CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo hemos mostrado dos formas de actuación distinta en dos problemas también diferentes. En el caso de Óscar, la intervención se realizó directamente con los padres (especialmente la madre), quienes eran los que aprendían en la sesión terapéutica aquello que a continuación enseñarían a su hijo. Estamos aquí ante un caso de los que comentábamos en el Capítulo II, al referirnos a las ocasiones en que el cliente y la persona que realiza la demanda no coinciden. Es muy frecuente que ocurra esto en el tratamiento de problemas infantiles, ya que es difícil imaginar que un niño de seis años nos pueda llamar pidiendo ayuda profesional porque tiene terrores nocturnos, no ve bien las letras, tiene una *baja autoestima* o tiene dificultades para relacionarse con sus amiguitos. Por ello, son los mayores, generalmente los padres y en algunas ocasiones los maestros, quienes detectan el problema en el niño y lo consultan

:on un psicólogo. En estos casos, también son los mayo-
'es los corresponsables de llevar a cabo el plan de inter-
'ención; además, en estos casos, el *cambio en la conducta* ›*roblemática del* niño pasa por la *modificación de la con-* ›*lucta de los padres.*

En general, la conducta de los niños está controlada, :obre todo, por la actuación de los mayores, por lo que 'esulta relativamente fácil modificar su conducta si cam- ›iamos las consecuencias (que proporcionan los padres) le la misma. En el caso de Óscar, la actuación conjunta lel *pipí-stop*, el nuevo programa de reforzamiento y el :ambio en la actuación de los padres cuando Óscar se ıace pis en la cama consiguieron una rápida eliminación le la enuresis del niño. Fue, en definitiva, un programa ›asado totalmente en la aplicación de procedimientos de :ondicionamiento (como son la mayoría de los trata- nientos infantiles).

Por otra parte, la actuación del psicólogo en la sesión :erapéutica era muy limitada, una vez comenzado el tra- amiento propiamente dicho, ya que no trabajaba direc- amente Óscar, sino con sus padres (es algo así como «en- rrenar al entrenador»).

El caso de Elena ya tenía otras características; desde uego que utilizamos estrategias operantes, pero también ıubo que hacer uso de técnicas cognitivas dirigidas a mo- lificar los pensamientos que formaban parte del com- ›ortamiento problema y que también desencadenaban ›tros comportamientos inadecuados (funcionaban como :stímulos condicionados y discriminativos).

Por otra parte, la edad de Elena obligaba a que tra- ›ajásemos con ella directamente. Aunque la madre hu- ›iese venido a plantear su problema, si Elena no hubiese :olaborado en la solución del mismo, el éxito hubiese ;ido dudoso. Elena tenía que poner algo de su parte, te- ıía que iniciar un comportamiento distinto al que estaba :ealizando durante los últimos meses, que permitiera el :eforzamiento: si Elena se hubiera empeñado en no qui- :ar los recuerdos de Roberto de su habitación y se hubiera ıegado a salir de ella, de poco habría servido la instruc- :ión dada a la madre para que reforzase cualquier con- lucta que Elena emitiese fuera del dormitorio. Es decir,

era la propia Elena la que tenía que dar pie al cambio en el programa de reforzamiento que hasta ahora había mantenido la conducta depresiva.

Respecto a la intervención cognitiva, nuestra cliente se había *especializado en pensar mal.* No crean ustedes que esto se aprende fácilmente, hay personas que se tienen que entrenar durante horas al día y todos los días de su vida. Algunas no se dan ni un respiro y al final acaban aprendiendo a ver todo lo negativo que hay en el mundo, incluso en los momentos más felices. Probablemente todos conocemos a alguien así; son esas personas que cuando hay una agradable reunión familiar, distendida y feliz, dicen (la mayoría de las veces en voz alta): «¡¡¡Qué pena que no esté fulanito con nosotros, con lo bien que se lo estaría pasando!!!» Y ese fulanito es alguien que, sin duda por razones ajenas a su voluntad, no puede o no podrá jamás acompañarnos. O cuando estamos preparándonos entusiasmados para una entrevista de trabajo, diciéndonos que esta vez lo vamos a conseguir (lo cual incrementa mucho nuestras posibilidades de hacerlo bien), llegan y nos sueltan: «No es por desanimarte, pero en estas cosas las plazas suelen estar dadas.» ¡Y no se crean ustedes que lo hacen por fastidiar! En absoluto, simplemente se han sometido a un programa de entrenamiento intensivo con un único objetivo que podríamos definir con algo así como «Cómo aprender a interpretar el mundo de la forma más dañina posible».

Muchos de ustedes pensarán que esta forma de pensar no se puede cambiar. Que muchos de nosotros hemos tenido miles de desgracias a lo largo de la vida que nos han hecho pensar así. Pero incluso cuando decimos esto, estamos hablando de que es la experiencia la que nos *enseña* de una determinada manera, con lo cual estamos hablando de algo aprendido. Y si es aprendido, se puede desaprender y aprender algo mejor.

El caso de Elena no llegaba a estos extremos. Su período de (mal) aprendizaje fue solamente de unos meses y ceñido a una única circunstancia adversa. Además ella vivía desde siempre en una situación aversiva, el ambiente familiar conflictivo, sin que ello la hubiera condicionado a desarrollar un estilo de pensamiento desadap-

tativo. Así que el plan de tratamiento, además de contener estrategias operantes, incluía estrategias cognitivas dirigidas al aprendizaje de un nuevo estilo de pensamiento (o al desaprendizaje del estilo desarrollado en los últimos meses).

Ambos casos expuestos se resolvieron con éxito. Con esto no deben ustedes pensar que la psicología clínica es infalible. La obtención de datos fiables, el desarrollo de protocolos de intervención estandarizados y la formación profesional del psicólogo son retos importantes para la optimización de los resultados. Sin embargo, los procedimientos de cambio psicológico son sólidos y garantizan, en cierta medida, una resolución satisfactoria de la problemática planteada. Por otra parte, la psicología, como todas las ciencias jóvenes, se ve beneficiada por los avances en la investigación y por las nuevas tecnologías, que ofrecen prometedoras perspectivas de futuro.

LECTURAS RECOMENDADAS

AUGER, L. (1987), *Ayudarse a sí mismo. Una psicoterapia mediante la razón,* Maliaño (Cantabria), Sal Terrae.

CÁCERES, J. (1991), *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama,* Madrid, Siglo XXI.

CONKLIN, R. (1981), *Cómo hacer que la gente haga cosas*, Barcelona, Grijalbo.

FENSTERHEIM, H. y BAER, J. (1976), *No diga SÍ cuando quiera decir NO,* Barcelona, Grijalbo.

GAJA, R. (1996), *Bienestar, autoestima y felicidad*, Barcelona, Plaza & Janés.

SANTACREU, J. y FROJÁN, M. X. (1993), *La tartamudez. Guía de prevención y tratamiento infantil*, Madrid, Pirámide.

Glosario

Adaptación: adecuación o ajuste a unas condiciones. En biología, reacción del cuerpo para adaptarse a las condiciones externas. Véase *comportamiento adaptativo.*

Análisis funcional: es una explicación psicológica del comportamiento de la persona, en términos de aprendizaje, basada en las relaciones entre los estímulos del contexto y el comportamiento.

Aprendizaje: se aprende cuando cambiamos el comportamiento como consecuencia de la experiencia, manipulativa, perceptiva o verbal.

Aprendizaje observacional: véase *aprendizaje por modelos.*

Aprendizaje por modelos: aprendizaje por observación del comportamiento de otros, de las relaciones entre el comportamiento del otro (el modelo) y los estímulos del medio.

Aprendizaje vicario: aprendizaje debido a la observación de la experiencia de otros, véase *aprendizaje por modelos.*

Comportamiento: conjunto de respuestas que emite un individuo. Biología: en su reacción a otros estímulos del medio o de otros subsistemas del mismo. Psicología: en su relación funcional con otros estímulos significativos del medio.

Comportamiento adaptativo: comportamiento del sujeto para ajustarse a las demandas de su ecosistema o para obtener los máximos beneficios a corto o a largo plazo.

Condicionamiento clásico: aprendizaje asociativo en el que se aprenden las relaciones entre estímulos, especialmente relaciones condicionales.

Condicionamiento instrumental: aprendizaje asociativo en el que se aprenden las relaciones entre respuestas y estímulos sean estos antecedentes (estímulos discriminativos) o consecuentes. Hay dos tipos generales de condicionamiento instrumental: de reforzamiento y de castigo.

Condicionamiento operante: véase *condicionamiento instrumental.*

Contexto: lugar en el que suceden los estímulos relevantes. Marco en el que ocurren los estímulos y el comportamiento del medio. También véase *ecosistema.*

Definición operativa: definición de un concepto o proceso por los procedimientos u operaciones que realizamos para evaluarlo. Referido a todo tipo de definición en que se detallan unidades y procedimientos de medida.

Diagnóstico: evaluación de un caso o situación con el objeto de denominar, clasificar, etiquetar o asignar una categoría diagnóstica. Nombre de la enfermedad o síndrome.

Ecosistema: lugar en el que se vive, formado por elementos o grupos de elementos que se relacionan entre sí, de forma que la alteración de uno de ellos puede causar alteraciones en los demás.

Estímulo: todo aquello que elicita o da lugar a una respuesta definida.

Estímulo condicionado: es un estímulo inicialmente neutro que por asociación con el estímulo incondicionado acaba elicitando una respuesta (condicionada) similar a la respuesta incondicionada.

Estímulo discriminativo: el estímulo que señala cuándo la respuesta es reforzada. Su presencia asegura la obtención de refuerzo y por tanto aumenta la probabilidad de que tal respuesta se dé.

Estímulo incondicionado: cualquier estímulo que suscita de forma regular una respuesta medible innata, no aprendida.

Estímulo reforzante: es aquel que aumenta la probabilidad de aparición de una respuesta al ser presentado después de ésta.

Extinción: proceso de disminución de la respuesta hasta su desaparición. El procedimiento de extinción hace referencia a la eliminación del reforzador que permite que la respuesta ocurra con cierta frecuencia.

Fobia: miedo exagerado e injustificado de acuerdo con la norma o cultura.

Funcional: relativo a las relaciones entre elementos o eventos. Un elemento es función de otro cuando existe una probabilidad de que el segundo aparezca a continuación del primero. Opuesto a estructural.

Habituación: proceso de aprendizaje no asociativo por el que se reduce la intensidad o frecuencia de la respuesta por presentación repetida del estímulo que la provoca.

Interacción: (psicología) relación funcional entre comportamiento del sujeto y estímulos del medio. Unidad de análisis psicológico.

Intervención: véase *tratamiento.*

Línea base: evaluación de una conducta en condiciones naturales, sin ningún tipo de intervención programada. La evaluación previa al tratamiento.

Medio: véase *ecosistema* y *contexto.*

Personalidad: relativo al comportamiento consistente del sujeto. Tener personalidad es ser consistente en el tiempo en situaciones similares.

Postratamiento: período posterior al tratamiento propiamente dicho en el que se constatan los cambios producidos durante el mismo comparándolo con la línea base.

Recaída: vuelta a los niveles de línea base. El comportamiento del sujeto vuelve a los niveles que tenía antes del tratamiento después de un período de mejora.

Reforzador: se refiere a aquellos estímulos consecuentes a la conducta que asociados contingentemente con ellos producen un incremento de la misma.

Reforzador primario: son aquellos reforzadores que aumentan la probabilidad de aparición de una respuesta sin necesidad de un aprendizaje previo, al poseer las propiedades reforzantes de modo natural. En general

están relacionados con aspectos de supervivencia (comida, sexo, etc.).

Reforzador secundario: son aquellos reforzadores que adquieren sus propiedades reforzantes por asociación con un reforzador primario. El reforzador secundario mas común es el dinero.

Reforzadores generales: son reforzadores secundarios asociados a más de un reforzador primario. Por ejemplo, el dinero (permite obtener muchos otros reforzadores).

Reforzamiento: acción o proceso de reforzar.

Reforzamiento intermitente: programa o procedimiento de reforzamiento en el que no siempre que se produce la respuesta correcta se obtiene la consecuencia deseada (el reforzador).

Reforzamiento parcial: véase *reforzamiento intermitente.*

Relación de contingencia: es la relación de probabilidad que se establece entre dos eventos que entran en contacto.

Respuesta adaptativa: véase *comportamiento adaptativo.*

Respuesta condicionada: relativo a condicionamiento clásico. Respuesta aprendida similar a la respuesta incondicionada que se produce tras la presentación del estímulo condicionado.

Respuesta incondicionada: respuesta no aprendida y medible que de forma habitual es suscitada por el estímulo incondicionado.

Seguimiento: período de la intervención psicológica en el que se comprueba que se mantiene el aprendizaje logrado y los comportamientos deseados.

Sensibilización: proceso de aprendizaje no asociativo por el que se reduce la intensidad o frecuencia de la respuesta por presentación repetida del estímulo que la provoca.

Tratamiento: conjunto de acciones que realiza el profesional (psicólogo) para lograr los objetivos de cambio del cliente. Aplicación de procedimientos de aprendizaje para producir el cambio de comportamiento.