

Psicología de la Sexualidad

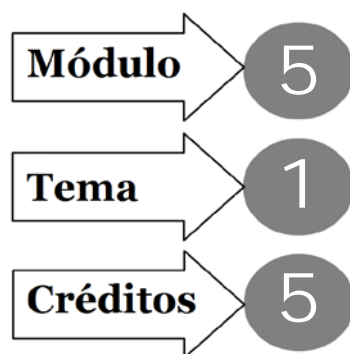
Conocimientos
fundamentales de
Psicología para sexólogos

Andrés López de la Llave

Psicología de la Sexualidad

Conocimientos fundamentales de Psicología para sexólogos

Andrés López de la Llave



El presente documento forma parte de los apuntes elaborados exclusivamente para el Programa Modular de Formación en Salud sexual de la UNED. Estos estudios cuentan con la colaboración del Instituto Espill (www.espill.org).

www.uned.es/saludsexual

COLABORADORES:

CENTRO DE PSICOLOGIA
Y SEXOLOGÍA ESPIL
www.espill.org



CENTRO VIRTUAL
DE PSICOLOGÍA
www.cvpsi.es



ASOCIACION DE ESPECIALISTAS
EN SEXOLOGÍA
<http://aes-sexologia.com>



ACADEMIA ESPAÑOLA DE SEXOLOGIA
Y MEDICINA SEXUAL
<https://es-es.facebook.com/aesymes>



PSICOLOGÍA DE LA SEXUALIDAD

Conocimientos fundamentales de Psicología para sexólogos

CONTENIDOS FUNDAMENTALES:

PRESENTACIÓN

EL APRENDIZAJE

- Aprendizaje por contigüidad
- Aprendizaje por las consecuencias
- Aprendizaje observacional

LAS EMOCIONES Y LA MOTIVACIÓN SEXUAL

- La motivación
- Las emociones
- El impulso sexual, la motivación sexual, el instinto sexual
- Los factores emocionales y motivacionales implicados en la conducta sexual humana.

SENSACIÓN, PERCEPCIÓN Y ATENCIÓN

PENSAMIENTO Y LENGUAJE

- Modelos teóricos que relacionan pensamiento y lenguaje
- Algunas implicaciones para el trabajo del sexólogo

PERSONALIDAD

- Modelos teóricos en el estudio de la personalidad
- Sobre el desarrollo de la personalidad
- Variables estructurales de la personalidad: los rasgos
- El modelo "clásico" de Eysenck

LAS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

- Desarrollo histórico de la modificación de conducta
- Orientaciones actuales en modificación de conducta
- Utilidad de la modificación de conducta
- Técnicas para aumentar la probabilidad de conductas
- Técnicas para disminuir la probabilidad de conductas
- Otras técnicas de modificación de conducta

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS:

- LA TERAPIA COGNOSCITIVA: SU NATURALEZA Y SU RELACION CON LA TERAPIA COMPORTAMENTAL
- DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA
- EL TRATAMIENTO COMPORTAMENTAL DE LA INADECUACION SEXUAL
- TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO PARA LA HOMOSEXUALIDAD: UNA PERSPECTIVA CRÍTICA
- TERAPIA DE LA CONDUCTA Y MÉTODO CIENTÍFICO
- LA RESPUESTA DE ESTRÉS

1.- PRESENTACIÓN

La Psicología es la ciencia que estudia el comportamiento y tiene como objetivo la descripción y la explicación de la estructura y del funcionamiento de la conducta humana.

La conducta es la actividad, más o menos compleja, con la que los organismos responden a los diferentes estímulos que conforman el medio donde se desenvuelve en su existencia. Esta actividad de los organismos se manifiesta en tres niveles: el nivel bioquímico (compuesto de elementos naturales sencillos), el fisiológico (donde los elementos se estructuran en órganos y sistemas) y el nivel conductual (en el que los órganos y sistemas se estructuran formando un todo superior).

Teniendo en cuenta que los organismos son estructuras unitarias, los tres niveles descritos ejercen una influencia mutua; de esta forma lo fisiológico y lo bioquímico afectan a lo conductual, y en sentido inverso, lo puramente conductual también muestra su influencia en los otros niveles inferiores. En este sentido, por ejemplo, téngase en cuenta lo que ocurre en algunas mujeres cuando su ciclo hormonal se acerca al final de la fase luteínica, en esa situación, un factor puramente bioquímico (las hormonas), se manifiesta en estados de ánimo disfóricos y, en ocasiones, en comportamientos de desánimo. Otra situación, que será tratada más extensamente y que ilustra esta relación entre los tres niveles de actividad, es la del estrés; una persona toma la decisión de hacer algo difícil, y seguidamente su organismo responde modificando su actividad bioquímica y fisiológica para “proporcionar las energías” necesarias para que esa persona pueda alcanzar esa meta que se ha propuesto.

La mente humana se sustenta sobre unos pilares estructurales y funcionales que son el soporte esencial de la conducta y propician la

manifestación de las diferentes actividades psicológicas. Esas funciones fundamentales se han denominado procesos psicológicos básicos.

Los principales procesos psicológicos básicos son: el aprendizaje, la motivación y emoción, sensación, la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje. Los procesos psicológicos básicos constituyen los fundamentos teóricos de la Psicología, por lo que resulta muy conveniente su conocimiento para poder comprender la conducta humana, tal y como se manifiesta en los innumerables contextos en que se hace patente, y en concreto en la dimensión sexual de las personas y en sus conductas sexuales, que es el tema que nos ocupa.

Otros aspectos relevantes que conforman el objetivo de estudio de la Psicología y que resultan de especial interés a los sexólogos son: la personalidad, la evaluación psicológica y las técnicas de tratamiento surgidas de esta ciencia (las técnicas de Modificación de conducta o de Terapia de conducta). También trataremos estos asuntos a lo largo de este Módulo 5.

2.- EL APRENDIZAJE

El aprendizaje es el proceso mediante el que adquirimos y/o modificamos nuestras conductas como resultado de las experiencias a las que nos vemos expuestos a lo largo de la vida.

La sexualidad humana está influida en gran medida por el condicionamiento y el aprendizaje; estos procesos determinan que los individuos y las sociedades adopten pautas de conducta y de actitudes muy diferentes frente a la sexualidad; sin duda la gran diversidad de manifestaciones de la sexualidad humana tiene su génesis en la capacidad de hombres y mujeres de aprender, de responder al ambiente que les rodea de forma idiosincrática, producto de su capacidad de adaptación. La riqueza de la expresión sexual, la creatividad en las relaciones, las fantasías, la intensidad del placer... tiene mucho que ver con la capacidad de aprender; pero también la ansiedad sexual, la insatisfacción, las dificultades sexuales son en gran medida resultado de aprendizajes. Por todo lo dicho, sin duda conocer los mecanismos mediante los que se produce el aprendizaje resultará de gran ayuda al sexólogo y en concreto al terapeuta sexual.

Se define el aprendizaje como un proceso de cambio relativamente permanente en el comportamiento de una persona generado por la experiencia. Existen tres mecanismos o procesos mediante los que las personas pueden aprender: la **contigüidad** (condicionamiento clásico), las **consecuencias** (condicionamiento operante) y la **observación** (aprendizaje observacional o condicionamiento vicario).

La adquisición es el proceso fundamental de todo condicionamiento; en él se realiza el emparejamiento entre dos elementos: las circunstancias estimulares (más o menos complejas) y la mayor o menor experiencia del

sujeto en esa circunstancia. Es importante prestar atención a que la adquisición y la ejecución de las conductas aprendidas son procesos diferentes. En el cuadro 1 se definen cuatro procesos que resultan de especial interés para conocer el fenómeno del aprendizaje.

Cuadro 1: Cuatro procesos en el aprendizaje

La **adquisición** es un proceso “invisible” que se manifiesta a través de la puesta en práctica de lo aprendido; pero no siempre estamos manifestando conductualmente lo que hemos aprendido, sino que el aprendizaje sólo se manifiesta en comportamientos cuando resulta útil, cuando tiene un valor adaptativo.

La **extinción**, que se puede considerar el proceso contrario al de adquisición, consiste en la eliminación de conductas previamente adquiridas.

La **generalización** es el proceso de aprendizaje por el que estímulos cercanos o muy parecidos a los utilizados en la situación de aprendizaje, adquieren también la propiedad de provocar la respuesta.

La **discriminación** es el proceso inverso de la generalización, mediante este proceso el campo de estímulos cercanos o parecidos a los que responde el sujeto, se delimita.

2.1.- Aprendizaje por contigüidad

Podríamos considerar que, en la escala evolutiva, ésta es la forma de aprendizaje que se situaría en el escalón más bajo; de hecho, prácticamente todos los organismos vivos que dispongan de algunas neuronas pueden aprender mediante este proceso.

Esta forma de generar nuevas respuestas a los diferentes estímulos se conoce como “condicionamiento clásico”; el proceso consiste en la creación de una conexión entre un nuevo estímulo y un reflejo (respuesta) ya existente. Dicho con otras palabras, es el proceso de aprendizaje consistente en que un

estímulo originariamente neutro, con relación a una respuesta, llega a poder provocarla gracias a la conexión asociativa de ésta con el estímulo que normalmente provoca dicha respuesta.

El condicionamiento clásico constituye tanto un proceso fundamental de aprendizaje como una técnica para enseñar una respuesta concreta. Este proceso de aprendizaje es el soporte teórico de muchas de las técnicas de modificación de conducta que se aplican en la actualidad en numerosas terapias psicológicas, obteniéndose magníficos resultados; por ejemplo el tratamiento de los problemas de vaginismo, el incremento de estímulos que elicitaban excitación sexual para el tratamiento del bajo deseo sexual..., son situaciones terapéuticas en las que los proceso de condicionamiento clásico resultan una herramienta fundamental para el tratamiento exitoso.

La historia del condicionamiento clásico comienza con las investigaciones del gran fisiólogo ruso Iván Pavlov (1849-1936), sobre los procesos de la digestión en los perros y, más concretamente, sobre los mecanismos reflejos de la salivación de estos animales. A medida que avanzaba en sus investigaciones, Pavlov observó que cuando los perros "intuían" el comienzo de la situación experimental, es decir, cuando el experimentador entraba en el recinto donde se alojaban los perros, éstos comenzaban a salivar y a segregar jugos gástricos antes de dar comienzo el experimento. A estas secreciones Pavlov las denominó "secreciones psíquicas", porque creía que eran debidas a la actividad mental de los perros.

Para demostrar que esas secreciones se podían producir ante cualquier estímulo y no sólo ante la comida, realizó el siguiente experimento. Aisló a un perro de la mayoría de los estímulos exteriores, entonces hizo sonar una campana, y, después de medio segundo, le ofreció la comida. Esta operación la repitió varias veces, relacionando de esta manera la pareja de estímulos (campana-comida) y midiendo su secreción por medio de un tubo con depósito insertado en la mejilla del animal. Comprobó que, en los primeros momentos, el perro salivaba sólo cuando se le ponía la comida en la boca, pero

gradualmente iba salivando antes, hasta que finalmente la salivación aparecía antes de la administración de la comida, pero después del sonido. Parecía que el perro **había aprendido** a anticipar la comida. El sonido de la campana, originalmente neutro en cuanto a la producción del reflejo de salivación, había adquirido la capacidad de hacer que el perro reaccionara salivando.

A la creación de una conexión entre un nuevo estímulo (el sonido de la campana) y un reflejo ya existente (salivación cuando la comida está en la boca) es a lo que Pavlov llamó "reflejo condicionado". En este sentido, los experimentos de Pavlov fueron una prueba implícita de la ya conocida ley de la contigüidad, la cual planteaba que dos hechos que ocurriesen juntos quedarían asociados tras sucesivos emparejamientos. En el cuadro 2 se presentan los elementos del aprendizaje por contigüidad o condicionamiento clásico.

Cuadro 2

Elementos del aprendizaje por contigüidad o condicionamiento clásico

Estímulo Incondicionado (EI).

Se puede definir como: "cualquier estímulo intenso o potente que suscita de forma regular una respuesta no aprendida y medible". En los experimentos de Pavlov, el estímulo incondicionado era la presencia de comida en la boca del perro.

Estímulo Condicionado (EC).

Puede ser definido como: "aquel estímulo originariamente neutro, es decir, que por sí mismo no produce la respuesta antes de empezar el experimento, y que antecede a la presentación y acompaña al EI". En los experimentos de Pavlov, el EC era el sonido de la campana.

Respuesta Incondicionada (RI).

El tercer elemento del condicionamiento clásico es la respuesta incondicionada, que en los experimentos de Pavlov era la salivación. Se define este tipo de respuesta como: "aquella que no es aprendida y que se puede medir cuando es suscitada de forma regular por el estímulo incondicionado".

Respuesta Condicionada (RC).

Se define como: "aquella respuesta que es aprendida y que no es exactamente igual a la RI, sino sólo semejante". Normalmente, la RC tiene menor intensidad que la RI; así, el perro de Pavlov que aprendió a salivar ante un sonido, salivaba menos que ante la comida. En síntesis, la RC es propiamente la respuesta que se provoca por la presentación aislada del EC, una vez que se ha establecido la conexión EC-EI.

El proceso del condicionamiento clásico consiste en que un estímulo neutro (que después del proceso de condicionamiento será el Estímulo Condicionado) que no suscita en principio ninguna respuesta observable, tras sucesivas presentaciones contiguas con el EI, que sí suscita la RI, se establece una asociación entre ambos estímulos (EC EI); de tal modo que, una vez que ha tenido lugar el condicionamiento, el EC posee ya la capacidad de suscitar la respuesta condicionada sin la presencia del EI.



Paulov en su laboratorio

La sexualidad humana está influenciada en gran medida por el condicionamiento y aprendizaje. Estos procesos determinan que los individuos y sociedades adopten pautas de conductas y de actitudes muy diferentes frente a la sexualidad. Veamos un ejemplo:

Como sabemos, las personas, podemos ser estimuladas sexualmente por diferentes tipos de estímulos: por lo que podemos ver (un cuerpo bello, por ejemplo), oír (una voz), oler (un determinado perfume) o saborear (el sabor de ciertos alimentos), todos ellos pueden llegar a convertirse en estímulos sexuales.

Un ejemplo para ver de la forma más clara posible el papel del condicionamiento clásico en la sexualidad humana es la forma como se desarrolla el proceso como se produce la respuesta sexual. Como hemos señalado en otro sitio (ver el tema 3 del módulo 1) se puede decir que la respuesta sexual se comporta como una actividad refleja (sobre todo la fase de orgasmo). La estimulación táctil de las zonas sexuales (especialmente el clítoris o el glande del pene) provoca de forma innata (automática, "refleja") que se desencadene la respuesta sexual de mujeres y de hombres. Pues bien es esa estimulación táctil lo que podemos denominar estímulo incondicionado. La experiencia hace que las personas vayan asociando otros estímulos "neutros" a ese incondicionado (por ejemplo un sonido de jadeos, determinadas palabras, una música, un olor, la presencia de alguien deseado... cualquier cosa que pueda ser percibida), de esta forma esos estímulos que antes no provocaban el inicio de la respuesta sexual se convierten en estímulos capaces de provocarla, se convierten en estímulos condicionados de la respuesta sexual.

2.2. Aprendizaje por las consecuencias

El aprendizaje por las consecuencias, o condicionamiento operante, constituye un nivel superior en el análisis del aprendizaje al establecido en el condicionamiento clásico.

En 1911, Thorndike formuló su "ley del efecto", indicando que de las distintas respuestas que se dan en una situación, aquéllas a las que acompaña o a las que sigue de inmediato la satisfacción del animal, manteniéndose constantes todos los demás elementos, se asociarán de modo más firme con la situación, de modo que cuando la situación vuelva a aparecer será más probable que se presenten. En cambio, aquellas otras a las que acompaña o a las que sigue de inmediato una insatisfacción, debilitarán sus conexiones con

la situación, de modo que cuando ésta se vuelva a presentar será menos probable que aquellas respuestas vuelvan a aparecer.

No es suficiente la contigüidad en el tiempo de dos eventos, sino que es la contingencia (relación temporal) respuesta consecuencias lo que determina este tipo de aprendizaje. La respuesta que produce una consecuencia placentera será aprendida y se hará cada vez más frecuente con un entrenamiento prolongado. Si la respuesta deja de producir la recompensa, la conducta disminuye consecuentemente en vigor y en probabilidad de que ocurra.

Existen, como en el caso del condicionamiento clásico, dos tipos de consecuencias o reforzadores: a) las apetitivas y b) las aversivas. Las consecuencias apetitivas o premios son las que resultan agradables para la persona que las recibe, mientras que las consecuencias aversivas son las que resultan desagradables.

En este contexto de aprendizaje, se llama reforzamiento, o refuerzo, al proceso de fortalecimiento de la asociación entre el reforzador y la respuesta, que tiene como consecuencia el aumento de una conducta, como consecuencia de la administración de una consecuencia. El refuerzo puede ser de dos tipos:

- a) refuerzo positivo, cuando el aumento en la probabilidad de la respuesta se logra mediante la presencia de un reforzador apetitivo y
- b) refuerzo negativo, cuando el aumento de la probabilidad de la respuesta se logra mediante la terminación o ausencia de un reforzador aversivo.

Veamos un ejemplo: Cuando Carol tenía 17 años, tenía un amigo que le resultaba muy excitante y con el que mantuvo una relación afectiva durante un par de meses; un día Carol rozó con sus labios el cuello de Jorge que reaccionó correspondiendo de la misma manera a Carol. A Carol, que nunca antes había experimentado este tipo de beso, este roce le produjo un intenso

placer. Desde ese momento estos gestos de besarse en el cuello se convirtieron en una parte fundamental en el patrón de conductas que componían el estilo de relación erótico-sexual de esta pareja. El gesto de Carol fue “reforzado” por el beso de Jorge (consecuencia agradable que siguió a la conducta de Carol) y ahora Carol ha adquirido el hábito de besar así a su pareja. Hoy Carol tiene 37 años y mantiene aquella conducta que aprendió de jovencita.

Como fenómeno opuesto al de refuerzo, castigo es aquel proceso de fortalecimiento de la asociación entre el reforzador y la respuesta, que tiene como consecuencia la disminución o desaparición de una conducta, como consecuencia de la administración de una consecuencia; puede ser de dos tipos: a) castigo positivo (conocido simplemente como castigo), es cuando la disminución o desaparición de la conducta se logra mediante la presencia de un reforzador aversivo, y b) castigo negativo, que es cuando la disminución o desaparición de la conducta se logra mediante la eliminación de un reforzador apetitivo.

Carol ya tiene 43 años y vive con Luis desde hace cuatro. Al principio, las dos o tres primeras veces, ella le besaba en el cuello pero Luis reaccionaba retirándose y mientras reía le pedía que no le hiciera “eso” que le producía un escalofrío. Esa reacción de Luis, que a Carol le resultaba “frustrante”, resultó ser un “castigo” para la conducta de besar en el cuello... Carol dejó de hacer ese gesto en su repertorio de conductas eróticas para con Luis... ¿Qué pasará con Carol si vuelve a tener una pareja diferente a Luis?...

Algunas veces, los estímulos contiguos a un reforzador pueden condicionarse, mediante los mecanismos de condicionamiento clásico que ya hemos descrito, y llegar a producir los mismos efectos de reforzamiento que el reforzador primario. Esto se conoce como refuerzo secundario. Se entiende por reforzadores primarios aquéllos que son incondicionados para el organismo (por ejemplo el agua o la comida). Así, algunos estímulos se convierten en reforzadores para el sujeto por su asociación con un reforzador en la experiencia previa; esos estímulos reciben el nombre de reforzadores

secundarios o condicionados (por ejemplo el dinero). El condicionamiento operante establecido por reforzadores secundarios se denomina condicionamiento de segundo orden. La importancia del reforzador secundario es clara desde el momento en que la compleja conducta humana no siempre es modificada por reforzadores primarios.

La extinción es el procedimiento consistente en suspender el refuerzo o castigo después de una respuesta, de forma que el sujeto no pueda obtener el reforzador sea cual sea su conducta. La consecuencia resultante es una disminución gradual de la respuesta aprendida e, inversamente, un incremento de las respuestas alternativas que compiten con ella.

Cuadro 3: Variables que afectan a la respuesta aprendida

Tasa y cantidad de refuerzo: cuanto mayor es la magnitud de la recompensa, mayor es la motivación para obtener esa recompensa. Conforme se incrementa la recompensa, se incrementa también la tasa de respuestas, al principio rápida y luego lentamente. Genéricamente, se puede afirmar que ligeros cambios en la magnitud de la recompensa, provocan incrementos o descensos desmesurados en la ejecución de la conducta.

Retraso en la aplicación del refuerzo: a menor tiempo entre la realización de la respuesta y la aplicación del refuerzo, mayor es la eficacia de éste. Existe un límite en el tiempo de demora del refuerzo, más allá del cual no se produce aprendizaje. La demora del refuerzo implica el reforzamiento de otras conductas distintas a la deseada.

Esfuerzo de la respuesta: conforme la respuesta implica un mayor esfuerzo por parte del sujeto, la resistencia a la extinción desciende o sea en más fácil que se elimine.

Saciación de refuerzo: Los refuerzos se "gastan" con el uso, por lo que cada vez va descendiendo su capacidad de controlar la conducta. Además, la aplicación sistemática de refuerzos apetitivos de gran valor, conlleva la pérdida de su valor.

Para que la extinción se produzca es necesario que el cambio de situación de refuerzo, o castigo, a no refuerzo, o no castigo, debe ser fácil de

distinguir; cualquier señal que está presente durante la extinción y no durante la adquisición, acelera la extinción

2.3. Aprendizaje observacional

En la película “El sentido de la vida” (Monty Python), el “severo” profesor de una escuela británica se propone a sí mismo como “modelo” durante una clase de educación sexual. En esa situación lleva a cabo en el aula una interacción sexual, que incluye un coito con su esposa, con el fin de ofrecer en vivo una ilustración de lo que se espera que aprendan sus alumnos (en nuestra página web ofrecemos esa parte de la película). Esta escena ilustra, de una forma cómica, este último tipo de proceso de aprendizaje: el aprendizaje observacional.



Fotograma de la película “El sentido de la vida” (Monty Python)

El aprendizaje observacional es el proceso de adquisición de una conducta por imitación. De esta forma, las personas pueden aprender tareas, no sólo al ejecutarlas, sino también por la observación de las ejecuciones que llevan a cabo otras personas. Este modo de aprender es exclusivo de aquellos

seres que se encuentran más arriba en la escala evolutiva: simios superiores y seres humanos.

Dentro de lo que se conoce como aprendizaje por observación, nosotros proponemos distinguir entre dos clases, según los niveles de elaboración del objeto observado: a) la observación en vivo de la conducta y b) la observación mediada; y dentro de esta última modalidad podemos considerar también dos casos: las observaciones en situaciones análogas (por ejemplo las situaciones filmadas) o las observaciones que se producen en situaciones mediadas simbólicamente (por ejemplo la lectura de las instrucciones de cómo hacer funcionar un aparato de proyección). Este último tipo de aprendizaje por observación mediada simbólicamente es sólo accesible para los seres humanos, mientras que los otros procedimientos (análogos) permiten el aprendizaje a animales evolutivamente en un nivel más bajo de la escala evolutiva.

Se han realizado investigaciones en las que, mediante la exposición a documentos grabados en vídeo (una situación mediada pero análoga), se ha enseñado a primates cautivos en un zoológico, que no tenían experiencia alguna sobre cómo tratar a sus recién nacidos, a cuidar a sus cachorros adecuadamente. Un primate podría aprender a poner en marcha un aparato de DVD si se le diera la oportunidad de observar cómo alguien lo hace, pero sólo un ser humano podría adquirir esta habilidad siguiendo las indicaciones que se incluyen en el manual de instrucciones.

Además, para que este tipo de aprendizaje tenga efecto, se considera esencial el mantenimiento de un foco atencional para la adquisición de las conductas imitativas, con el fin de que el observador discrimine entre las claves relevantes y las irrelevantes de la conducta modelo.

La potencia de este tipo de aprendizaje es impresionante; los seres humanos adquirimos mediante los mecanismos de aprendizaje por imitación la mayoría de las conductas que luego llevamos a cabo. Durante la infancia, la capacidad de observación parece insaciable, y en esa temprana época los niños

aprenden conductas que sólo llevarán a cabo mucho después, cuando son adultos.

En concreto un gran porcentaje de las conductas sexuales de las personas se adquieren por aprendizajes de este tipo, quizás menos mediante la observación en situaciones naturales que por observaciones mediadas (tanto análogas como simbólicas). Muchos chicos han aprendido a masturbarse observando, en situaciones “reales”, cómo lo hacían sus amigos; pensemos también ¡cuántas conductas sexuales han aprendido las personas gracias al cine!; finalmente hay que tener en cuenta que tanto cuando alguien nos da un consejo explicándonos cómo llevar a cabo determinada conducta, como cuando leemos algún artículo en una revista sobre alguna “técnica de mejora sexual”, se está modelando simbólicamente (en un caso mediante lenguaje hablado y en otro en lenguaje escrito) la conducta para que nosotros aprendamos a realizarla.

3. LAS EMOCIONES Y LA MOTIVACIÓN SEXUAL

De alguna manera, puede entenderse que los aspectos motivacionales y emocionales son como sistemas de orientación y como las fuentes de energía que orientan e impulsan al individuo en la dirección adecuada a lo largo de su camino. La motivación sería como la brújula; pero no una brújula estática, sino una brújula que “nos impulsa” gracias a nuestra fuerza emocional.

Los motivos y las emociones poseen algunas características comunes en cuanto a su función sobre la conducta, sin embargo también presentan una serie de diferencias. Mientras que la motivación se entiende que es “activada” por estímulos internos e inobservables, las emociones se desencadenan como resultado de estímulos que están presentes y suelen ser observables, externos; mientras que las motivaciones se inician de una forma lenta, las emociones aparecen rápidamente.

Cuadro 4

El concepto de motivación

(Adaptado de G. Fernández-Abascal 2001)

El concepto de motivación se utiliza en Psicología para explicar el comportamiento, se refiere a la causa de las conductas. Más en concreto se utiliza para explicar:

- El inicio de un comportamiento o comienzo de una nueva actividad
- El mantenimiento o persistencia en una actividad
- La dirección u objetivo que tiene ese comportamiento
- La intensidad o fuerza con que se realiza ese comportamiento
- La finalización o terminación de ese comportamiento

3.1.- La motivación

Los procesos motivacionales son aquellos que generan una energía o activación positiva, que nos hace dirigirnos hacia una meta determinada. La

motivación se refiere al grado de interés que la persona tiene por su actividad y/o por las consecuencias, de todo tipo, que genera esa actividad. El grado de motivación es fundamental para que una persona se interese por una actividad por la que se siente atraído (motivación entendida como vocación). Pero además, es determinante para que se mantenga llevando a cabo la actividad por la que se sintió motivado (motivación entendida como activación). Ver cuadro 5.

La motivación es un proceso multideterminado, en el que intervienen aspectos internos, tales como los genéticos, los homeostáticos, los evolutivos o los mentales; pero también influyen aspectos externos, tales como el aprendizaje o la cultura (ver cuadro 5)

Cuadro 5: Determinantes de la motivación

(Adaptado de G. Fernández-Abascal 2001)

DESENCADENANTES	EFFECTOS
Herencia	Programas genéticos del organismo
Homeostasis	Mantenimiento de niveles óptimos de activación
Crecimiento	Necesidades de control del entorno
Pensamientos	Planes y propósitos, metas e intenciones
Aprendizaje	Adquisición y modificación de patrones de conducta
Hedonismo	Búsqueda del placer y evitación del dolor
Interrelación social	Alteraciones en la motivación debidas a la presencia de otras personas

De acuerdo a como ya se hace en otros ámbitos, podemos referirnos a la motivación desde dos puntos de vista diferentes, según nos fijemos en su origen (motivación intrínseca y extrínseca) o en su manifestación temporal (motivación básica y motivación cotidiana).

Desde el primero de estos puntos de vista, el origen, podemos considerar dos tipos de motivación: la motivación intrínseca y la extrínseca. Se entiende por motivación intrínseca aquella que no depende de reforzadores externos a

la propia actividad que se realiza, que nace del interés por una tarea por sí misma. La motivación extrínseca es la que se basa fundamentalmente en reforzadores externos. En el ámbito sexual por ejemplo la satisfacción sexual del compañero. Seguramente, los individuos que dependen en exceso de los reforzadores externos son más vulnerables a que se debilite su motivación que aquellos cuya motivación es básicamente intrínseca; y por ello, parece razonable que en los casos que deban emplearse tales reforzadores, exista una estrategia complementaria para fortalecer, paralelamente, el reforzamiento interno.

La otra forma de referirnos a la motivación es hablar de motivación básica y motivación cotidiana. Por motivación básica se entendería aquél interés general por la actividad sexual que puede sentir una persona. Por motivación cotidiana nos referiremos al interés del individuo por la práctica habitual y la gratificación inmediata que produce ésta, con bastante independencia de los logros, y una mayor relación con el disfrute de la actividad y las circunstancias que la rodean en el momento.

Ambos tipos de motivación están relacionados y se complementan entre sí. Una dosis elevada de motivación básica propicia una buena disposición, por tanto, a que pueda desarrollarse la motivación cotidiana (aunque sobre esta buena base o disposición favorable sea necesario adoptar medidas específicas para desarrollarla).

3.2.- Las emociones

Las emociones pueden cumplir fundamentalmente tres funciones: a) prepararnos para la acción; b) comunicar a los demás nuestro estado de ánimo y c) energizar la ejecución de nuestras conductas motivadas

Sin duda la función más importante de las emociones es la de preparar al organismo para que ejecute eficazmente las conductas apropiadas para las

diferentes situaciones a las que se enfrenta diariamente, movilizando las energías necesarias y orientando la acción hacia los objetivos fijados. El efecto social de las emociones se basa en la expresión de las mismas, lo que permite a las otras personas predecir el comportamiento que vamos a desarrollar; la expresión de emociones puede considerarse como una forma de ofrecer a los demás una información que les facilite su relación con nosotros.

La emoción es un proceso complejo, dinámico y de corta duración, que se desencadena ante la valoración, más o menos consciente, de estímulos concretos. Esta activación de respuestas provoca cambios medibles en los sistemas cognitivo (pensamientos), fisiológico (activación) y motor (actos); las emociones se experimentan con diferentes grados de intensidad y valor afectivo (positivo-agradable, negativo-desagradable), mostrándose moduladas por los aspectos biológicos y culturales asociados.

Dependiendo de los desencadenantes y de las consecuencias sociales experimentadas por las personas, se considera la existencia de un número pequeño de emociones básicas (alegría, tristeza, asco, miedo, ira y sorpresa) que, combinadas de diferentes formas, sustentarían la gran variedad de las emociones complejas del mundo afectivo.

3.3.- El impulso sexual, la motivación sexual, el instinto sexual

Antes se pensaba que el comportamiento sexual se ponía en marcha como resultado del “instinto sexual”; esta forma de motivación se conceptualizaba como una fuerza interna que pugnaba por aparecer, como una pulsión que empujaría a la persona a manifestarse sexualmente, a expresar su sexualidad, a llevar a cabo comportamientos sexuales. Desde esa perspectiva se presentaba a esa “fuerza sexual” como algo que, cuando se disparaba, resultaba imparable, ajeno al control de la persona (o, como mínimo, de difícil control).

Hoy esta visión, que podríamos denominar como “instintiva” o “impulsiva”, ya no es mantenida por la sexología científica.

Un instinto (impulso o motivación básica) es una especie de “fuerza” o “energía” que estimula y dirige la conducta de los animales en una determinada dirección, que es siempre la misma para todos los individuos de esa especie animal. De una forma general, los instintos mueven a los animales a huir de las situaciones desagradables y a buscar la satisfacción de las necesidades básicas (como el hambre o la sed). Así en el caso del mundo animal es frecuente hablar de que el impulso de hambre, o de sed, es el que mueve a un animal a buscar comida, o agua, y que es el instinto de reproducción (o instinto sexual) el que le hace copular con sus congéneres cuando las circunstancias ambientales se lo indican.

En un principio la palabra impulso se utilizó exclusivamente en el contexto de la biología. Fue Freud el que introdujo el concepto de instinto para explicar algunos fenómenos del comportamiento humano. Bajo la denominación de líbido, lo instintivo se convirtió en el argumento principal que utilizaba el psicoanálisis para explicar casi cualquier comportamiento; más aún, todavía hoy los seguidores de Freud continúan utilizando el concepto de instinto en sus asunciones explicativas de la conducta. Sin embargo, es necesario señalar que el psicoanálisis cada vez está siendo más relegado a un papel de “filosofía de la vida” y cada vez tiene menor peso entre el bagaje de conocimientos científicos que esgrimen los profesionales de la Psicología, de la salud y de la Sexología.

Tratar el tema de la “motivación sexual” es hablar de la causa del comportamiento sexual. En este concepto se incluyen tanto los aspectos externos (los que inducen a las personas a iniciar una conducta sexual) como esos otros que pueden considerarse internos (los que hacen que “decidamos” iniciar una conducta sexual). Como apuntamos en otro apartado de este curso, las conductas de las personas son en algunos casos “provocadas” desde fuera por determinados estímulos, mientras que en otras ocasiones parecen más

“impulsadas” desde “dentro” por factores puramente personales. La motivación sexual, el deseo sexual, puede ser puesto en marcha por cualquiera de esos dos mecanismos.

Es frecuente que se presente a la motivación sexual como lo que se denomina “motivo biológico básico”. Se puede señalar que entre estos “motivos básicos” se encuentran el hambre, la sed o el descanso. Sin embargo es necesario tener en cuenta, la motivación sexual **no es una necesidad** ni un instinto, es en realidad una función biológica de la que las personas pueden prescindir, a la que se puede renunciar. Como ejemplo de esta cuestión se puede tener en cuenta lo que ocurre en el caso de los religiosos y religiosas que pueden llegar a mantenerse sexualmente abstinentes a lo largo de toda su vida (no pensemos solo en los católicos, prácticamente en todas las religiones del mundo hay ejemplos de este tipo de personas).

Dicho de otra manera: la abstinencia sexual, la ausencia de actividad sexual no supone ningún peligro para la vida de la persona. La ausencia de actividad sexual puede ocasionar consecuencias negativas sólo cuando se considera desde una perspectiva diacrónica (o a largo plazo); así, la no procreación conlleva una desaparición de la dotación genética del sujeto; además si ningún miembro de una especie llevara a cabo actividad sexual se produciría la desaparición de dicha especie.

En el caso de las personas, de los individuos, la actividad sexual no es una necesidad y la motivación sexual trasciende la mera función procreadora. Sin embargo, la actividad sexual resulta especialmente importante para la vida de las personas dado que para los seres humanos representa una importante fuente de placer; **hasta tal punto cobra importancia lo sexual que, muchas veces, se llega a percibir erróneamente como una necesidad que debe ser satisfecha, lo que resulta un factor que está en el origen de algunos problemas sexuales.**

Del mismo modo que ocurre entre los individuos de otras especies animales, las personas pueden ser activadas sexualmente por la visión de los

órganos sexuales del otro sexo. Sin embargo, la motivación sexual resulta un proceso bastante más complejo en los humanos que en las especies inferiores; ello es debido en gran medida a la importancia que juega el aprendizaje, como ya hemos señalado antes, en el caso de las personas. Este papel se manifiesta en la función que desempeñan tanto los factores ambientales (tales como las normas sociales y culturales), como el papel que juegan los factores subjetivos (por ejemplo la imaginación y la fantasía).

Son precisamente estas diferencias (culturales y subjetivas) las que hacen que se produzcan notables variaciones en sus conductas sexuales, en el caso de los humanos; tales variaciones se pueden manifestar en los siguientes cuatro aspectos:

- a) En relación a qué estímulos son capaces de iniciar la aparición, primero, del deseo sexual y, luego, de las conductas sexuales.
- b) En la elección de parejas sexuales.
- c) En el modo mediante el que se llevan a cabo los distintos comportamientos sexuales,
- d) En la frecuencia con que las personas se implican en conductas sexuales.

Estos aspectos son las variables sobre las que se puede influir; de hecho incidir sobre estas variables es lo que, de una manera más sencilla, puede hacer que las personas mejoren su sexualidad (su deseo sexual, su desempeño y su satisfacción). Las acciones de promoción de la salud sexual deberían ocuparse por tanto de: a) aumentar el conjunto de estímulos capaces de elicitar conductas sexuales, b) favorecer las habilidades sociales que permitan un estilo de comunicación emocionalmente saludable, c) incrementar las habilidades y los repertorio sexuales y d) ayudar a que las personas “se permitan” a sí mismas disfrutar de sus relaciones sexuales y que se impliquen

en este tipo de actividades cuantas veces deseen, sin otro límite que el respeto a los deseos de los otros y sus propios deseos.

3.4. Los factores emocionales y motivacionales implicados en la conducta sexual humana.

Cuando se pretende intervenir sobre la salud sexual de las personas (intentando mejorar la calidad de sus conductas e interacciones sexuales y tratando de maximizar el placer y la satisfacción asociados a este comportamiento..., así como prevenir la aparición de dificultades) resulta imprescindible referirse a la motivación.

Como ya hemos señalado, desde el punto de vista de la sexología moderna prácticamente se ha abandonado el recurso a explicaciones instintivas para referirse a la motivación de las conductas sexuales de las personas. Hoy la tendencia es a descomponer en diferentes partes lo que antes se incluía como un todo en el concepto de impulso sexual. En este sentido, ya Kinsey propuso considerar dos factores: la “capacidad sexual” y la “performance (desempeño/ejecución) sexual”. Nosotros, de acuerdo con la propuesta del Dr. Haeberle (del Archivo de Sexología, Universidad Humboldt de Berlín) nos referiremos a tres factores: a) la capacidad sexual, b) la motivación sexual y c) el desempeño sexual.

Según esta propuesta, la **capacidad** sexual es lo que un individuo **puede hacer**. Consiste en disponer de los recursos que hacen posible que una persona pueda responder sexualmente (desde el deseo hasta el orgasmo). Depende fundamentalmente de factores biofísicos (nerviosos, endocrinos, vasculares y músculo-esqueléticos). Esta capacidad varía de una a otra persona y también conlleva cambios en un mismo individuo en diferentes etapas de su vida (esta capacidad es diferente en la niñez, en la edad adulta y en la tercera edad de las personas)

La motivación sexual se refiere a lo que una persona **quiere hacer**. Este factor, aunque puede estar influido en algunos casos por el funcionamiento del sistema endocrino (las hormonas), parece principalmente determinado por aspectos psicológicos y sociales. La motivación sexual también varía mucho de un individuo a otro, de una situación a otra para el mismo individuo.

Al hablar de **desempeño** sexual nos estamos refiriendo a **lo que se hace** y **a cómo se hace**. El llevar a cabo comportamientos sexuales, depende no solamente de la capacidad y de la motivación (lo biológico y lo psicológico) sino que está sujeto a la OPORTUNIDAD. Este es un factor puramente situacional: es cada contexto actual el más determinante en la posibilidad de desempeñar conductas sexuales.

Sin embargo, el sentido común nos dice que no siempre la capacidad, la motivación y la oportunidad de desempeño coinciden. Poca gente tiene la oportunidad de hacer todo lo que puede hacer y todo lo que le gustaría hacer en el terreno sexual. En este sentido, diferentes investigaciones sexológicas han demostrado que, muchas veces, los varones alcanzan su mayor capacidad sexual después de la pubertad; sin embargo, debido a los condicionamientos sociales, a inhibiciones psicológicas, y la carencia de oportunidades, la frecuencia con la que se implican en interacciones sexuales es baja. Solamente en años posteriores logra alcanzar su máxima actividad sexual; esto ocurre cuando sus oportunidades aumentan, sin embargo, en esa época su capacidad ya no es tan grande como antes. Otro ejemplo es el que se da en mujeres entre las que, con frecuencia, la capacidad sexual es mucho mayor que la motivación sexual.

En algunas personas se puede encontrar un (de) alto nivel del funcionamiento sexual combinado con un bajo nivel de la motivación sexual;

en estos casos la motivación puede ser sobre todo económica (es el caso de las prostitutas) o social (como en el caso de una persona que aunque cansada desea aferrarse a su pareja).

Cuadro 6 **Fisiología y motivación sexual**

El ciclo sexual de las especies inferiores (ciclo estro) tiene como característica destacable el hecho de que la fase más importante del mismo se sitúa justo antes de la ovulación; es decir, el momento en el que el nivel de estrógenos se encuentra más elevado y el animal exhibe la conducta de copulación; este es el único momento del ciclo en el que se despierta el interés sexual de la hembra. La diferencia fundamental entre este tipo de ciclos estro y los ciclos menstruales, además de la referente a la duración, se centra en el hecho de que los ciclos de estro no presentan el sangrado menstrual. Así, los mamíferos diferentes de los primates no experimentan la menstruación; sólo los primates presentan el sangrado menstrual. En suma, se pueden distinguir dos tipos de ciclos reproductores -o ciclos sexuales- en las hembras de los mamíferos: ciclo de estro y ciclo menstrual.

Los ciclos de estro, tal como se indicaba, ocurren en los mamíferos inferiores, mientras que los ciclos menstruales tienen lugar sólo en los primates. Los mamíferos macho no exhiben una función reproductora cíclica, con la excepción de alguna especie, como la del ratón hámster, en la cual los machos experimentan un período de regresión gonadal, coincidiendo con su fase de hibernación.

En los casos de los seres humanos, en el sistema reproductor femenino se observan cambios cíclicos bastante regulares. La duración de este ciclo es variable, si bien hay bastante acuerdo al respecto, situándola en torno a los 28 días. Se suele aceptar que el ciclo menstrual es una preparación recurrente para la fecundación y el embarazo. Es decir, cada mes se libera un óvulo: cuando éste es fecundado, tiene lugar el embarazo; por el contrario, cuando no se produce la fecundación, tiene lugar la aparición de la menstruación. Por tanto, cada ciclo termina con la aparición del flujo menstrual, aceptándose que la aparición de la menstruación es una referencia clara para ubicar el comienzo del siguiente ciclo menstrual. Todo este complejo entramado está bajo control del eje conformado por el hipotálamo, la hipófisis y los ovarios, de tal modo que se podría perfectamente establecer que el ciclo menstrual es una expresión repetitiva de la función del sistema hipotalámico-hipofisario-ovárico, con los cambios funcionales y estructurales de aquellos órganos implicados en el tracto reproductivo (útero, oviductos, endometrio, vagina), los cuales reciben la acción de las sustancias segregadas por el ovario, hipófisis e hipotálamo.

Mientras que entre los mamíferos inferiores la hembra sólo acepta al macho cuando se encuentra en la fase de "apetito", es decir sólo se muestra receptiva cuando se halla en el momento de la ovulación o fase de estro, los seres humanos pueden mantener relaciones sexuales en cualquier momento del ciclo menstrual; la conducta sexual en los humanos no depende exclusivamente de las influencias hormonales: existen otros eventos que pueden desencadenar el proceso. Así, numerosos estímulos externos, merced a las connotaciones conferidas por los aspectos socioculturales y de aprendizaje, pueden hacer que se inicie la conducta.

Sin embargo, también se han podido observar dos momentos de notable incremento en la frecuencia de la conducta sexual: uno periovulatorio y otro perimenstrual. Se han propuesto las siguientes explicaciones a estos incrementos. Respecto al incremento observado alrededor de la ovulación, el aumento en la secreción de estrógenos (así como de andrógenos) podría llevar a la mujer a ser más receptiva en ese momento concreto de su ciclo; se produciría un incremento en la libido que aumentaría su responsividad sexual; en este caso, el incremento en la conducta sexual tiene una base biológica. En relación al incremento que se ha descrito antes y después de la menstruación, se ha planteado el importante papel que juegan los aspectos sociales y culturales, así como los de aprendizaje; el hecho de conocer la baja probabilidad de embarazo, podría llevar a un incremento en la frecuencia de la actividad sexual en esas situaciones; en este caso, el mencionado incremento en la conducta sexual tendría una base psicosociológica.

En este particular contexto, algunos autores ponen de manifiesto que los hombres se sienten motivados por las características físicas de la mujer, mientras que las mujeres parecen más interesadas por los factores emocionales, y en estas preferencias, qué duda cabe, los factores de aprendizaje han desempeñado una notable influencia.

4.- SENSACIÓN, PERCEPCIÓN Y ATENCIÓN

Nuestro comportamiento no es otra cosa que la forma como nos relacionamos con el mundo, la manera con la que respondemos a los estímulos que nos rodean, o sea actuamos para responder a la información que captamos de nuestro mundo; de esta forma, queda justificado que conviene prestar atención, aunque sea de una forma rápida como es el caso, a procesos como la sensación y la percepción. Son estos los que nos permiten estar “conectados” con el mundo.

Cuadro 7

EL PLACER Y LOS CINCO SENTIDOS

(Adaptado de E. Amezúa, obtenido en: <http://sexualidad.wordpress.com/2006/06/26/el-placer-y-los-cinco-sentidos>)

Acariciar es un arte. Y la caricia es algo parecido a una obra de arte -una gran obra de arte humano- que se lleva a cabo con los sentidos. Acariciar no es solamente tocar o palpar. Es, también, ver, oler, oír, gustar. Todos los sentidos entran en esta obra de arte, lo mismo que todos los colores entran en una pintura, en una obra maestra.

La caricia es el gesto más integral y completo que tienen un hombre y una mujer para comunicar sus sentimientos como hombre y mujer que son, como pareja. La caricia es su especialidad y su exclusiva. Pero sabemos muy bien que este arte suele estar un poco abandonado, que es un poco anárquico y en erial. Por eso vamos a repasar aquí algunas nociones básicas sobre la caricia y los sentidos, dentro de esta monografía dedicada al mapa erótico de los dos: hembra y varón.

LA VISTA

La mirada como función sensual tiene su propia función. De una mirada uno sabe si la persona a quien mira es de uno u otro sexo, excepto en casos rarísimos y especiales. La relación humana incluye también esta antena de la sensualidad. ¿Y por qué no habría de ser así como sentido que es?

¿Qué ve el hombre en la mujer y la mujer en el hombre? Hay personas que se empeñan en negar este carácter visible, perceptible por la vista de una erótica humana. Sabemos, sin embargo, que no es así en la realidad. Pero es evidente que la manifestación de lo que sienten y viven los sentidos no siempre concuerda con las reglas de lo que llamamos "normas correctas de la sociedad". Estas normas han atrofiado mucha capacidad erótica de percepción visual.

A pesar de todo -lo sabemos- la sexualidad de los invidentes tiene otros matices que la de los videntes. Esto es un hecho cabal. La mirada es una caricia. Y acariciar con la mirada merece también su cultivo en pro de una erótica más convivencial y más humana.

Centrándonos ya en el hecho concreto de la erótica de la pareja, los patrones culturales y la costumbre dicen que el hombre tiene más desarrollada esta capacidad erótica visual que la mujer. El erotismo del "voyeur" o mirón (para entendernos) es un hecho muy bien conocido. Aunque sólo sea por el cultivo machista de la publicidad.

A la mujer le gusta -como al hombre- ver a la persona amada. Hacer el amor a oscuras es una aberración. Sin embargo, esto se ha venido dando -y aún se suele dar- con más frecuencia de la que sería deseable. Verse y mirarse es una condición para admirarse. Sin recurrir a muchos argumentos, he aquí la sabiduría popular: ojos que no ven, corazón que no siente. ¿Por qué en la sexualidad habría de ser diferente?

EL GUSTO

Otro sentido bastante atrofiado, y que valdría la pena cultivar, si se quiere llegar a una vivencia humanamente integral de la sexualidad en la pareja, es concretamente el gusto, pilar también importante en el erotismo de toda pareja.

El hecho real del beso es una fuente de atractivo erótico en nuestra cultura. El beso es, posiblemente, la forma de caricia más conocida, más admitida y más cultivada. Las salivas se mezclan en la pareja que se besa y eso proporciona una sensación placentera.

El beso hondo es un contacto de labios y de lengua, que no excluye el sabor de la boca de la persona querida. Paralelo al gusto se da igualmente el disgusto o desagrado sensible o sensual ante un mal sabor de boca, un mal aliento, una infección o una caries dental. Conviene resaltar aquí la necesidad de que cada uno conserve una higiene peculiar, con miras a que el placer del beso no se aminore ni deteriore. A veces una simple infección bucal no cuidada es la causa de la omisión de muchas caricias y, a la vez, de numerosas desavenencias conyugales.

Pero el beso en la boca es solamente un ejemplo. El gusto se da igualmente en el sabor de la piel a lo largo de todo el cuerpo. Muchas personas sienten preferencia por saborear distintas zonas del cuerpo de su pareja. Y sus testimonios son reveladores.

Los condicionamientos de la infancia juegan aquí un gran papel. La naturaleza da objetos para todos los gustos. Y lo que para una pareja es muy apetecible, puede resultar sin especial interés para otras.

Vamos a poner únicamente un ejemplo: la práctica de la felación y del cunnilingus es una caricia practicada con mucha frecuencia. Esta caricia es una consecuencia del sentido del gusto. Algunas personas se preguntan si estas caricias no son ataques al pudor.

Cuando dos personas se quieren todo es agradable para ellas. Podríamos incluso decir que todo es bueno e inocente. El pudor -el falso pudor- es siempre el factor que mata la inocencia. Las caricias buco-genitales, desde el punto de vista objetivo, no son ni una indecencia ni una aberración. Son una muestra de cariño y de ternura. Cabe señalar que quien no las considere así no tiene por qué criticar a los que encuentran en ellas una hermosa manera de quererse. Tampoco sería materia de crítica la omisión en aquella pareja que lo haya decidido así y que a la vez tenga una erótica rica y satisfactoria.

EL OLFATO

Sobre el sentido del olfato hay un hecho muy curioso: el embotamiento de esta capacidad erótica está siendo explotado por la publicidad. Al no ser cultivado humanamente tenemos que sufrir que el olfato sea explotado comercialmente.

Los cosméticos y productos farmacéuticos cubren muchos olores naturales que, de ser cultivados y reconocidos, serían agradables, como lo son los productos naturales comercializados con que los suplimos o sofisticamos. El olor humano -olor de cuerpo, de presencia entera- puede ser objeto de atracción y de rechazo. Sabemos que en los animales este sentido interviene de manera muy preponderante para sus relaciones sexuales. Es un gran olor lo que lleva al macho a la hembra, y viceversa, durante la época de celo.

Aparte de esta consideración, lo que encontramos como muy cierto entre las personas es la característica propia del olor como atractivo. El olor despierta el deseo y es un gran estímulo erótico. Por ejemplo, el olor de la piel. El mismo olor de la transpiración normal, que da al

cuerpo de la persona querida un trasunto de atractivo. El abuso de desodorantes es algo que puede verse como ataque a estas cualidades.

El olor del cuerpo y el olor de los órganos sexuales son igualmente matices muy dignos de ser considerados para el cultivo de la caricia erótica. A pesar de una gran dosis de elementos subjetivos, de condicionamientos de infancia... los olores han inspirado la lírica y la poesía.

¿Hará falta resaltar la función de los olores en ciertos comportamientos fetichistas? Oler una casa, oler un cuerpo, oler una prenda....y vivirla, es algo que entra de lleno en el fetichismo de nuestra vida normal. Sin llegar por ello a una exageración patológica.

EL OÍDO

El oído es un raro sentido en la vida erótica de cada persona. El oído es receptor de la palabra. Pero también de ruidos. Y los ruidos son gestos de la sensualidad. La música es un buen ejemplo. De todos es conocido el poder de seducción que Don Juan tenía con su palabra. Y si seducía es porque las mujeres admiraban sus palabras. El sentido del oído es también una antena de la erótica, especialmente en la mujer, como la vista lo es en el hombre.

Hay personas que encuentran más apetecible el silencio. Otras hablan. Generalmente, el hombre no habla demasiado durante la relación sexual. La mujer, por el contrario, siente una mayor necesidad de expresarse. En los momentos culminantes del placer la mujer irrumpe en gemidos o quejidos, expresiones líricas o cariñosas, interjecciones... Generalmente, la mujer requiere más palabras del hombre, aunque éste -en su excitación- no se **la** sepa siempre regalar.

Las "palabras de amor" y los piropos de la intimidad son un fruto del sentimiento y, al mismo tiempo, un excitante de la sensibilidad. No faltan, sin embargo, casos en los que la excitación, o la puesta en forma, requieren otras variables como con ciertas expresiones corrientes, incluso groseras, o teñidas de humor, de sobreentendidos cómplices para el lenguaje de la pareja.

EL TACTO

Posiblemente sea este el sentido más conocido en la relación sexual de la pareja. Cuando se dice caricia se suele entender "palparse". Sin embargo, hay algo de diferente entre el tacto normal y el cultivo del tacto como sentido.

A muchas parejas les vendría muy bien esta sugerencia: vivir su sensibilidad de vez en cuando a través del tacto. Sin más. Sin proponerse llegar a la relación sexual completa. Es una forma muy delicada de explorarse, de conocer lo que cada cual siente y lo que cada cual prefiere.

Muchas parejas se limitan a caricias muy someras, muy estereotipadas, muy rápidas, muy superficiales. Y a fuerza de repetir siempre las mismas clases de caricias acaban por acostumbrarse a ellas de una manera monótona, terminando en la indiferencia. Esta sugerencia va a más. Queremos decir que se trata de conocer sensualmente el cuerpo entero de su pareja.

La sexualidad y la erótica humana no se reducen solamente a unas zonas. Podría decirse, sin miedo a exagerar, que todo el cuerpo humano es erótico, y que todo el cuerpo humano acariciado es capaz de reaccionar con sensaciones agradables y placenteras. De ahí la importancia del sentido del tacto en la vida sexual de la pareja.

Cuanto más rica sea la exploración erótica de ambos, en la aplicación de los cinco sentidos, más amplio será también el lenguaje del amor. Y a la relación sexual le falta mayor lenguaje para que pueda alcanzarse la armonía. Esa armonía de lo sexual, en la convivencia de cada pareja tiene precisamente la clave para la salvación del matrimonio, lo que a tantos preocupa.

El entorno se presenta a las personas como un conjunto estimular cuya energía, tras excitar los órganos de los sentidos apropiados, acaba convirtiéndose en “información”. En el camino que va desde esa “pura energía” a la información, se produce un primer fenómeno psicológico: la traducción de los estímulos sensitivos a señales perceptivas, la percepción; esta traducción se debe al procesamiento y a la estructuración ejercidos por el organismo, por la mente. Durante el procesamiento y la estructuración a que hacemos referencia se producen modificaciones, tanto cualitativas como cuantitativas, de modo que las personas destacan, de entre lo que perciben, sólo aquello que tiene un valor adaptativo (“una utilidad vital”) sobresaliente. Se puede decir que se siente “lo que hay”, lo que está presente en la realidad, pero lo que se percibe es el resultado de cómo nuestra mente ha elaborado las sensaciones.

Por otro lado, la atención consiste en un proceso de focalización (enfoque) que incrementa la conciencia clara de un número determinado de estímulos en cuyo entorno quedan otros más difusamente percibidos. La atención tiene una gran influencia en todos los procesos mentales realizados por el ser humano, tales como la percepción, la memoria, el pensamiento, las emociones, etc. Así, la sensación no es posible sin los procesos atencionales; ante el bombardeo de sensaciones que invaden nuestros sentidos, es la atención la encargada de filtrar sólo algunas de ellas, que llegarán a convertirse en percepciones. En la actividad sexual la atención resulta determinante, de hecho algunas dificultades sexuales tienen su origen precisamente en un manejo deficiente de la atención y se soluciona cuando se adquiere un cierto control de esta capacidad cognitiva.

Puede recordarse lo referido por Máster y Johnson en relación al trastorno de erección; estos autores señalan que la atención centrada en determinados aspectos (la propia erección) muchas veces es el factor responsable de que no se produzca esa erección; también cabe (decir) señalar que una sencilla medida para provocar el aumento del deseo sexual consiste

en “acordarse” de prestar atención a estímulos afectivos, eróticos o sexuales, a lo largo del día. Finalmente podemos recordar cómo, en algunas ocasiones, el hecho de no “filtrar” adecuadamente los contenidos de nuestros pensamientos interfiere con el correcto desenlace de nuestra respuesta sexual, inhibiendo el proceso en cualquiera de sus fases.

De esta manera si, mientras se está produciendo una interacción sexual, la atención se dirige hacia un asunto ajeno a la situación (p. e. algo que deberíamos haber hecho) el proceso de la respuesta sexual se interrumpe impidiendo su continuación hasta que de nuevo “nos centramos”, atendemos, a los estímulos sexuales).

5.- PENSAMIENTO Y LENGUAJE

Teniendo en cuenta que el lenguaje es la principal herramienta de trabajo del sexólogo, independientemente de que su ámbito de trabajo sea el medio social, educativo o clínico, no resultará raro que tratemos, siquiera de forma somera, el tema de la génesis y las relaciones entre pensamiento y lenguaje. Además, sabemos la importancia del lenguaje en la manifestación de las actitudes (positivas o negativas) hacia el hecho sexual saludable y su relación con la adquisición de los conocimientos que favorecen una sana vivencia de la propia sexualidad.

El estudio de las relaciones entre lenguaje y pensamiento ha dado lugar a posiciones encontradas; así, unos consideran que ambos procesos, son dos manifestaciones diferentes de una misma capacidad, mientras que para otros se trata de dos procesos psicológicos superiores diferentes.

Se puede decir que las opiniones que se han expresado a lo largo de la historia de la Psicología sobre el tipo de relación existente entre lenguaje y pensamiento han sido prácticamente todas las posibles. Se ha defendido que son un mismo proceso, se ha considerado que el lenguaje determina al pensamiento o se ha propuesto que es el pensamiento el que determina el lenguaje.

Las diferentes posturas han dado lugar a diferentes alternativas teóricas:

- La postura más tradicional, es la que defiende que el lenguaje depende del nivel de desarrollo cognitivo individual y a su vez, lo refleja: el lenguaje depende del pensamiento (postura de Piaget)

- El planteamiento defendido por Vygotski considera que pensamiento y lenguaje, se desarrollan en un principio, de forma independiente y en un determinado momento evolutivo, de forma conjunta.
- Una tercera teoría plantea que el pensamiento depende del lenguaje (Sapir-Whorf)

5.1.- Modelos teóricos que relacionan pensamiento y lenguaje

La perspectiva tradicional: el lenguaje en función del pensamiento

Este es uno de los primeros planteamientos teóricos que afirma que el lenguaje depende del pensamiento y que, en consecuencia, es posterior a él. Es la perspectiva por ejemplo de Piaget o de Chomsky.

Piaget plantea que el lenguaje es una consecuencia del nivel de desarrollo de la inteligencia que comienza con el nacimiento (antes de que el niño empiece a hablar): el pensamiento sería anterior al lenguaje.

Desde esta perspectiva, un niño aprendería a hablar sólo cuando su desarrollo cognitivo ha alcanzado un determinado nivel. Según Piaget, el lenguaje es un simple reflejo del nivel de inteligencia del niño y los primeros pensamientos inteligentes del niño, no pueden expresarse a través del lenguaje sino que existen únicamente, como imágenes o determinadas acciones físicas pero no pueden expresarse, a través del lenguaje.

La función comunicativa es una consecuencia “social”. Cuando el niño empieza a hablar, no lo hace aún con el objetivo de comunicarse con los demás sino que se trata de un habla egocéntrica que usa solo para expresar sus pensamientos. Gradualmente, este habla egocéntrica va siendo reemplazada y el niño se va socializando de manera que, paulatinamente, comienza a tener en

cuenta las reacciones y respuestas de otras personas. Es en ese momento cuando el habla egocéntrica desaparece.

En general, Piaget ha tenido una gran importancia con su Teoría del Desarrollo Cognitivo¹ en la que plantea, que el pensamiento del niño, pasa por una serie de etapas:

- Etapa sensoriomotriz
- Etapa preoperacional (ej./ no se da cuenta del principio de conservación de la cantidad)
- Etapa de operaciones concretas (ya se da cuenta del principio de conservación de la cantidad)
- Etapa de operaciones formales

Para Piaget, cambia en primer lugar la forma de pensar y después, cambia el lenguaje para que el niño exprese esa nueva forma de pensar.

A pesar de la importancia de esta teoría, una de las primeras críticas es la de que quizás, no tiene en cuenta suficientemente el hecho de que el lenguaje es una herramienta que ayuda a las personas a adaptarse al mundo; desde este modelo piagetiano se obvió cómo el niño usa el lenguaje para hacer preguntas y aprender sobre el mundo de otras personas.

El planteamiento de Vygotski

El lenguaje y el pensamiento se desarrollan de manera más o menos paralela e independiente al principio. Al igual que Piaget, también considera que los niños comienzan a pensar antes que hablar.

¹ El lector interesado puede acudir a manuales específicos de Psicología evolutiva para profundizar en este tema.

Plantea también una serie de etapas sobre las relaciones entre lenguaje y pensamiento:

En un primer momento, el pensamiento y el habla no están relacionados de manera que durante los dos primeros años el niño empieza elaborando esquemas mentales como consecuencia de sus interacciones físicas con el medio ambiente.

A partir de los dos años, más o menos, empieza a usar símbolos para representar otras cosas (ej./ una cuerda es **una** serpiente, juguetes...). El habla que usan es lo que Vygotski denomina un balbuceo prelingüístico que es un habla que no está relacionado con la expresión de sus pensamientos. Este habla se ha denominado lenguaje preintelectual.

En realidad, ni siquiera cuando el niño empieza a hablar podemos decir que esté relacionado con el ánimo de comunicarse con los demás, sino que, más bien, se relaciona con el mero hecho de nombrar cosas o hacer preguntas.

Posteriormente aparece una segunda etapa, que es cuando el niño empieza a pensar en palabras de manera que pensamiento y lenguaje comienzan a relacionarse. El lenguaje del niño en esta segunda etapa que abarca hasta aproximadamente los 6 años, se corresponde con el “habla egocéntrica” de Piaget aunque, dicho concepto, difiere de la función que le otorgaba Piaget: para Piaget era una característica del egocentrismo típico de la etapa preoperacional pero que desaparecía cuando pasaba a la etapa de operaciones concretas y se transformaba en un habla social. Para Vygotski, este habla egocéntrica no desaparece sino que se transforma en la siguiente etapa, en el habla interna.

Finalmente, a los siete años aproximadamente comienza la tercera etapa que se caracteriza por la conversión del habla egocéntrica en habla interna. Este habla interna es una característica del pensamiento adulto que le ayuda a organizarlo.

El pensamiento en función del lenguaje

Este posicionamiento supone el planteamiento opuesto a la versión tradicional. Plantea que el lenguaje es anterior al pensamiento lo cual quiere decir, que el pensamiento depende del lenguaje (está en función del lenguaje).

Plantean así la Hipótesis del Determinismo Lingüístico: **el lenguaje que habla una persona, modula y determina su forma de pensar**. Los autores afirman que cuando los niños aprenden su idioma nativo, aprenden también una visión concreta del mundo, una determinada forma de ver el mundo.

Los datos en que se basaron Sapir y Whorf para apoyar su hipótesis se había obtenido en estudios sobre las lenguas indias americanas, señalando que, como eran muy diferentes a las lenguas europeas por ejemplo, esto era lo que les llevaba a pensar de una manera tan distinta a los indios de los europeos.

Whorf consideraba que los hablantes de diferentes lenguas piensan de forma distinta y se apoyó, por ejemplo, en los diferentes tipos de nieve que existen según los esquimales: el hecho de que existan palabras diferentes en lengua esquimal para poder discriminar entre diferentes tipos de nieve, es lo que lleva a los esquimales a pensar en la nieve de diferente forma que los europeos.

Una de las críticas a estos trabajos, fue su falta de precisión y de consistencia en sus argumentos dando lugar al planteamiento de distintas versiones de esta hipótesis:

- Versión Fuerte de la Hipótesis del Determinismo Lingüístico: defiende que el hecho de hablar un lenguaje concreto fuerza al sujeto a pensar de una determinada forma por lo tanto, **el lenguaje determina el pensamiento**.

- Versión Moderada o Versión del Relativismo Lingüístico: el lenguaje sólo influye o modula el pensamiento pero no hasta el punto de forzar a los sujetos a pensar de una determinada forma.

Aunque durante la época de los años 1950 a 1960 estas ideas fueron un desafío a la versión de Piaget, en la actualidad se ha demostrado que existen razones a nivel empírico y teórico, para rechazar esta hipótesis y así las críticas se recogen en el siguiente cuadro.

Cuadro 7

Planteamientos críticos en torno a la Hipótesis de Sapir-Whorf

1.- La Circularidad de sus Argumentos (del argumento fundamental de la Hipótesis): a partir de un estudio sobre las lenguas indias americanas, Whorf observó que eran significativamente diferentes de las europeas, y este fue el hecho que le llevó a creer que los indios pensaban de forma diferente. Sin embargo, para apoyar su hipótesis, necesitaría haber encontrado evidencia independiente de una manera distinta de pensar y luego plantear cómo se explicaría en términos de las propiedades del lenguaje de las personas que piensan de esa forma.

2.- Argumentación sobre el idioma esquimal y la nieve: según Whorf los esquimales tienen diferentes tipos de palabras para diferenciar entre los diferentes tipos de nieve; este hecho, les lleva a pensar sobre la nieve de manera distinta a los europeos. Sin embargo, si los esquimales y otros hablantes como los ingleses, piensan sobre la nieve de diferente forma, no es porque hablen lenguas distintas sino porque pertenecen a culturas diferentes con diferentes tipos de intereses y motivaciones. De manera que, cuando Whorf desarrolló sus argumentos sobre lenguaje y pensamiento, no reflexionó en torno a que las diferencias culturales siempre acompañan a las diferencias lingüísticas, **y** es más probable que sea esto lo que influye en la forma de pensar.

Las críticas hechas en realidad no quieren decir que su hipótesis no sea probable. Lo que se planteó, es que no aportó los datos adecuados que permitiesen apoyar su hipótesis. A posteriori, se plantearon diferentes líneas de investigación para intentar analizar las relaciones entre pensamiento y lenguaje usando diferentes clases sociales, diferentes grupos étnicos...

Un ejemplo de peso a favor de la hipótesis de Whorf, fue el estudio que realizó el sociólogo Bernstein, el cual hizo un estudio en el que comparaba el lenguaje de sujetos pertenecientes a la clase social alta y sujetos pertenecientes a la clase social baja: observó que los sujetos de clase social baja tenían menor cantidad de vocabulario, frases más cortas, muchas muletillas... y esto tenía consecuencias a nivel cognitivo; los sujetos de clase social alta tenían un lenguaje más amplio, un vocabulario más extenso... por tanto, efectivamente el lenguaje de la clase social baja iba asociada a un nivel cognitivo (desarrollo) inferior. Bernstein sí ratificó con ejemplos la importancia del lenguaje sobre el pensamiento.

El sistema comunicativo (oral o gestual) o el idioma que use la persona adulta, será indiferente. Lo importante no es que se comunique oralmente, sino que se hayan instalado tempranamente los aspectos del lenguaje que intervienen en otros procesos cognitivos distintos del lenguaje. Las tareas cognitivas de más alto nivel, (por ejemplo la comprensión del lenguaje, la resolución de problemas, la codificación y representación del conocimiento en memoria a corto plazo, los componentes cognitivos de las actitudes, etc.) aunque la mayoría de las veces se hagan en silencio, no son ajenas al lenguaje, a las palabras.

Como hemos visto, el lenguaje está relacionado directamente con el desarrollo y eficiencia del sistema cognitivo humano, con la capacidad de resolver los problemas a que nos enfrentamos utilizando para ello nuestra mente, nuestro pensamiento.

5.2.- Algunas implicaciones para el trabajo del sexólogo

Se puede decir que el lenguaje no es sólo el elemento que utilizamos para comunicarnos, es **la materia de la que se componen nuestros**

pensamientos. El lenguaje es un elemento determinante en nuestra vida, en nuestra forma de comportarnos con nosotros mismos y con los demás.

En el trabajo como educadores, promotores de salud sexual o como terapeutas sexuales puede resultar especialmente útil tener en cuenta la siguiente afirmación: **pensamos con las mismas palabras que utilizamos al hablar y actuamos de acuerdo a como pensamos.** Desde el control de las palabras tendríamos acceso a controlar nuestros actos, enseñando a otros a controlar (aprender, desensibilizar...) sus palabras le ayudaremos a evitar determinadas dificultades con sus conductas y con sus emociones.

Muchas personas han aprendido desde niños que todas las palabras que se utilizan para designar aspectos sexuales (anatómicos, acciones, relaciones...) son “sucias”, de hecho se evita pronunciarlas cuando se habla con alguien y cuando se oyen en boca de otros provocan sensaciones, cuanto menos, incómodas, si no de claro desagrado. Esas mismas palabras son las que luego componen el contenido de los pensamientos... y llega un momento cuando uno se hace adulto que resulta inevitable tener que “pensar” en asuntos sexuales. Cuando una persona carece de recursos verbales para pensar “sin disgusto” acerca de temas sexuales probablemente no va a ser capaz de disfrutar de una forma óptima de sus actividades sexuales. **Las palabras y sus connotaciones emocionales negativas asociadas se convierten en el origen de problemas en el ámbito de la sexualidad.**

Una técnica que puede ejemplificar este asunto es lo que se refiere al cambio de actitudes utilizando el procedimiento de la disonancia cognitiva. Este concepto de disonancia cognitiva hace referencia a la tensión o desarmonía interna del sistema de ideas, creencias, emociones y actitudes que percibe una persona al mantener al mismo tiempo dos pensamientos que están en conflicto (por ejemplo “estoy disfrutando del sexo” y a la vez “lo que estoy haciendo es un pecado”), o por un comportamiento que entra en conflicto con sus creencias. Es decir, el término se refiere a la percepción de incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas. El concepto fue formulado

por Festinger, quien plantea que al producirse esa incongruencia o disonancia de manera muy apreciable, la persona se ve automáticamente motivada para esforzarse en generar ideas y creencias nuevas para reducir la tensión hasta conseguir que el conjunto de sus ideas y actitudes encajen entre sí, constituyendo una cierta coherencia interna. La manera en que se produce la reducción de la disonancia puede ser un cambio de actitud o de ideas ante la realidad.

Cuadro 8

Un experimento clásico sobre Disonancia cognitiva

Un experimento clásico realizado por Leon Festinger demostró la existencia de la Disonancia cognitiva. El experimento consistía en pedir a una serie de sujetos que realizasen una tarea muy aburrida. Al concluir la tarea dividió a los sujetos en tres grupos, les preguntó qué les había parecido la tarea y todos opinaron que les resultó muy aburrida. A los sujetos del primer grupo, el grupo control, les dijo que el experimento había concluido y que se podían ir.

A los sujetos del segundo grupo, les dijo que fuera había una persona que tenía que realizar la tarea pero que no estaba muy convencida, así que les daría 1 dólar si le decían que la tarea había sido muy divertida, con los del tercer grupo hizo lo mismo, pero en vez de un dólar les dio 30.

Al cabo de una semana Festinger llamó a todos los sujetos para preguntarles de nuevo qué les había parecido la tarea, los del primer y tercer grupo reafirmaron su anterior respuesta, que la tarea había sido muy aburrida. Sorprendentemente descubrió que los del segundo grupo creían que la tarea había sido divertida.

La explicación de por qué en el tercer grupo no se produjo el efecto de disonancia cognitiva, es que para que este efecto se produzca, los sujetos deben tener la percepción de libertad de elección al realizar la conducta, y los 30 dólares que les había pagado por mentir, de alguna forma les obligaban a hacerlo, cosa que no estaba justificada en el segundo grupo que sólo recibió un dólar.

Otro caso que relaciona los pensamientos (que se componen de palabras) y las emociones es lo que ocurre en la respuesta de estrés o de ansiedad. El estrés se convierte en problema cuando se cronifica; en esa situación, en los estados de estrés crónico se crea una especie de “circuito de retroalimentación negativo entre la mente y el cuerpo”, entre el contenido de los pensamientos y las emociones de las personas. Cuando alguien se pone nervioso, se pone ansioso, se estresa, el cuerpo se tensa y aparecen pensamientos como “me estoy poniendo nervioso”. Entonces, el cuerpo reacciona al sentimiento de ansiedad tensándose más aún. Si se observa un aumento en el ritmo cardíaco, se puede pensar “voy a estallar”, lo que da como resultado una mayor activación fisiológica, acompañada de unas valoraciones y predicciones cada vez más calamitosas y pesimistas. A medida que se produce este tipo de diálogo interno entre nuestra mente y nuestro cuerpo, se empieza de hecho a sentir miedo.

Otro modelo explicativo dice que si una persona interpreta un suceso como peligroso diciéndose a sí misma “ahora estoy en un apuro, podría hacerme daño”, su cuerpo reacciona a este pensamiento con una respuesta típica de alarma: taquicardia, movimientos intestinales, sudoración (activación fisiológica). Al interpretar la activación como una evidencia complementaria que justifica la alarma, pensando “esto es terrible”, el cuerpo recibe el mensaje que le envían nuestros pensamientos de que existe un peligro aumentado; de esta forma se genera una escalada constante hasta que la persona se siente completamente asustada.

Para romper este circuito negativo de retroalimentación, y eliminar las sensaciones de ansiedad presentes o prevenir la cronificación del estrés se puede actuar cambiando nuestros pensamientos, componiendo los pensamientos con palabras diferentes. En el cuadro 9 se ofrece una lista de pensamientos erróneos que muchas veces son el origen del estrés y de la ansiedad.

Cuadro 9
15 Tipos de pensamientos distorsionados
(Adaptado de Mckay, Davis y Fanning 1988)

1. Filtraje: Se toman los detalles negativos y se magnifican mientras que no se presta atención a todos los aspectos positivos presentes la situación.
2. Pensamiento polarizado: Las cosas se ven como blancas o negras, buenas o malas. La persona ha de ser perfecta o es una fracasada. No existe término medio.
3. Sobregeneralización: Se extrae una conclusión general de un simple incidente o parte de la evidencia. Si ocurre algo malo en una ocasión esperará que ocurra una y otra vez.
4. Interpretación del pensamiento: Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de la forma en que lo hacen. En concreto, es capaz de "adivinar" qué sienten los demás respecto a ella.
5. Visión catastrófica: Siempre se está esperando el desastre. La persona se entera o escucha un problema y empieza a decirse «y si»: « ¿y si estalla la tragedia? ¿Y si me sucede a mí?».
6. Personalización: Se piensa que todo lo que la gente hace o dice es alguna forma de reacción hacia ella. También se compara con los demás, intentando determinar quién es más elegante, tiene mejor aspecto, etc.
7. Falacias de control: Si se siente externamente controlado, se ve a sí mismo desamparado, como una víctima del destino. La falacia de control interno convierte a la persona en responsable del sufrimiento o de la felicidad de aquellos que le rodean.
8. Falacia de la justicia: La persona está resentida porque piensa que conoce qué es la justicia, pero los demás no están de acuerdo con ella.
9. Culpabilidad: La persona mantiene que los demás son los responsables de su sufrimiento, o toma el punto de vista opuesto y se culpa a sí misma de todos los problemas ajenos.
10. Debería: La persona posee una lista de normas rígidas sobre cómo deberían actuar tanto ella como los demás. Las personas que trasgreden estas normas le enojan y también se siente culpable si las viola ella misma.
11. Razonamiento emocional: Cree que lo que siente tendría que ser verdadero, automáticamente. Si siente como estúpida y aburrida una cosa, debe ser estúpida y aburrida.

12. La falacia del cambio: Una persona espera que los demás cambiarán para seguirle si los influye o camela lo suficiente. Necesita cambiar a la gente porque sus esperanzas de felicidad parecen depender enteramente de ello.

13. Las etiquetas globales: Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global.

14. Tener razón: Continuamente está en un proceso para probar que sus opiniones y acciones son correctas. Es imposible equivocarse y se hará cualquier cosa para demostrar que se tiene razón.

15. La falacia de la recompensa divina: Espera cobrar algún día todo el sacrificio y abnegación, como si hubiera alguien que llevara las cuentas. Se resiente cuando se comprueba que la recompensa no llega.

6. PERSONALIDAD

Al contrario de lo que sucede en el lenguaje popular, en Psicología el término personalidad en un término descriptivo y no valorativo. Como se sabe, en el lenguaje popular el término personalidad se utiliza con frecuencia para caracterizar a las personas en su singularidad y así distinguirlas de las otras más fácilmente; se usa generalmente para emitir juicios de valor respecto a esa singularidad. De esta forma es habitual que se afirmen cosas como que alguien «tiene mucha —o poca— personalidad», «tiene una personalidad difícil». Desde el punto de vista etimológico hay que saber que **el** término “personalidad” proviene de la palabra latina “persona” que significaba en su primera acepción “la máscara del actor”.

En Psicología, mediante el concepto personalidad se hace “referencia a la organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones.”. Como se observa en esta definición, se destacan tres características: el origen o génesis (innato o adquirido), el soporte o estructura y el modo de acción (función). En los apartados siguientes trataremos estas características.

El profesor Bermúdez en su extenso trabajo sobre la personalidad² concluye que existen puntos comunes a todo el conjunto de las diferentes formas de abarcar y definir este constructo. Véase el cuadro 10.

Por otro lado, es interesante señalar que la personalidad, al abarcar el funcionamiento global de las personas, se manifiesta en tres áreas básicas de nuestra actividad:

² J. Bermúdez, “Personalidad”. UNED. 1991

En nuestras conductas habituales. Las cosas que hacemos en los diferentes contextos y situaciones (tales como hablar, movernos, intervenir de forma activa o pasiva, etc.) y cómo las hacemos (de forma mecánica, desordenada, rápida o lentamente, con originalidad, con minuciosidad, etc.).

En la forma consistente de percibir e interpretar nuestra realidad. Las características peculiares de las personas (expectativas, creencias, metas, atribuciones, etc.) influyen en su conducta; esta influencia se lleva a cabo mediante los procesos cognitivos o mentales, que permiten valorar subjetivamente tanto la situación como los propios recursos de que dispone ayudando así a resolver de forma adaptativa y personal las situaciones.

En las respuestas emocionales y motivacionales. Las motivaciones (necesidades, valores, intereses, etc.) y el mundo afectivo-emocional (miedos, entusiasmos, alegrías, desesperanzas, optimismo, etc.) están modulando nuestra conducta de una forma característica en cada individuo.

Cuadro 10

Los cinco aspectos diferenciales encontrados en las definiciones del constructo personalidad (Adaptado de Bermúdez, 1991)

1.- La personalidad abarca toda la conducta.

Se entiende que abarca tanto la conducta manifiesta como a la experiencia privada. El tener en cuenta también a la experiencia privada, la menos observable directa y públicamente, significa la aceptación de la existencia y realidad de cada uno de los elementos, procesos y funciones que permiten determinar y expresar el "estar" de los individuos en cualquier situación.

2.- La personalidad hace referencia a las características que aparecen de una forma relativamente consistente y duradera.

Esta relativa consistencia y durabilidad se muestra a través de diferentes situaciones y en el tiempo.

A lo largo de la literatura al respecto se pueden encontrar posturas extremas: Por un lado, los llamados planteamientos personalistas que defienden unas predisposiciones estables de respuestas (rasgos y estados) al tiempo que las consideran como causas generales y duraderas de las conductas y, por otro, los planteamientos situacionistas que han defendido que la conducta es variable e inestable, dependiente de cada situación estimular.

Una postura alternativa a estas dos, la interaccionista, ampliamente aceptada en la actualidad, se sitúa en entender la personalidad como un conjunto de características relativamente estables que el sujeto lleva a las diferentes situaciones. Desde esta forma de concebirla el comportamiento sería el resultado de la modulación e interacción de las características del individuo y los parámetros de la situación.

3.- La personalidad resalta el carácter único de cada individuo.

También está ampliamente aceptado que la personalidad de un sujeto viene definida por la construcción de una estructura única a partir de un conjunto de diferentes elementos.

4.- Encierra un carácter inferido de la personalidad.

La necesidad intrínseca de que la personalidad, como constructo teórico (sin existencia real por sí misma), es algo que se infiere a partir del comportamiento, a partir de las conductas del individuo.

5.- No implica juicios de valor acerca de las capacidades de la persona caracterizada.

En el contexto de la Psicología científica se emplea para describir, explicar y predecir el comportamiento de los sujetos.

6.1.- Modelos teóricos en el estudio de la personalidad

A la hora de presentar las diferentes teorías que se han ocupado de la personalidad se pueden utilizar distintos criterios: la enumeración de autores, la adscripción a diferentes paradigmas, el uso de una metodología u otra para obtener sus datos, o haciendo referencia a la respuesta que las distintas teorías dan a alguna cuestión considerada fundamental en el área de estudio. Aunque siempre hay un cierto grado de solapamiento entre estos criterios, vamos a elegir el último: la respuesta dada por las diferentes teorías de la personalidad a una cuestión considerada de gran relevancia.

La cuestión central a partir de la cual se va a proponer una clasificación de las teorías hace referencia al par persona-situación. Los teóricos de este campo han separado las teorías de acuerdo al mayor peso que otorguen a factores **personales**, **situacionales** o a la **interacción entre ambos** como determinantes de la personalidad. Estas distinciones parecen ser ampliamente aceptadas en los textos que presentan una visión general de la Psicología de la

personalidad. De este modo, tendríamos tres modelos teóricos en psicología de la personalidad: a) el modelo personalista, b) el modelo situacionista y c) el modelo interaccionista. Estos tres modelos no son teorías unificadas. Son, más bien, agrupaciones de teorías que pueden presentar, incluso, importantes diferencias dentro de un mismo modelo. En el cuadro siguiente se presentan sus principales características.

Cuadro 11

Los modelos de personalidad

- a) Modelo personalista. En este modelo se insiste en que la acción del individuo está determinada por variables personales, constitutivas del individuo. Las características de la situación son secundarias respecto a esas variables personales. Si las variables personales prevalecen sobre las situacionales se esperará que el comportamiento del individuo sea consistente y estable a través de las distintas situaciones. La misma cuestión vista desde otro ángulo: si el peso del comportamiento está en las variables personales y si conocemos estas en un individuo, este conocimiento permitirá, en buena medida, predecir su comportamiento.
- b) Modelo situacionista. Este modelo propone que es el ambiente quien determina la conducta. La conducta, en este modelo, es entendida en el sentido restrictivo de conducta observable y está sujeta, en su adquisición y modificación a las leyes del aprendizaje. La conducta es, así, explicada por las condiciones antecedentes y consecuentes y por variables personales como en el modelo personalista. Lo que explicaría la estabilidad de las conductas de los individuos sería el hecho de que sus ambientes son relativamente estables.
- c) Modelo interaccionista. El modelo interaccionista propone que el comportamiento de un individuo, aunque está determinado parcialmente tanto por características personales como por variables situacionales, depende fundamentalmente de la interacción de las características personales con las variables situacionales. En este modelo se enfatizan el significado y la valoración que el individuo hace del ambiente y, en coherencia con ello, también se dan mucha importancia a los factores cognitivos que, entre otras cosas, participan en esa valoración.

Modelos personalistas

El modelo personalista propone que la acción del individuo viene determinada por variables personales, existentes en el individuo. Dentro de este modelo se pueden distinguir dos grupos de teorías dependiendo de cómo se conciban las variables personales: por un lado, tendríamos las **teorías de estado**, que sostienen que la conducta viene determinada por estados internos del individuo. Estos estados son configuraciones de elementos internos del individuo, de naturaleza afectiva y cognitiva, a menudo (o siempre, según alguna teoría) en conflicto o en desequilibrio interno, cuya dinámica explicaría, en último término (es decir, en una relación no siempre fácilmente observable), el comportamiento del individuo. Dentro del grupo de las teorías de estado están las teorías psicoanalíticas, entre las que destacarían, obviamente, la aportación de Freud; también encontramos teorías formuladas por autores pertenecientes al movimiento de la psicología humanista, como Rogers y Maslow; y finalmente se suele encuadrar entre las teorías personalistas, aunque con matices, la teoría de los Constructos Personales de George Kelly. Como se ve, sólo con nombrar a estos autores se hace patente que las teorías de estado presentan serias diferencias entre ellas.

El segundo grupo de teorías dentro del modelo personalista lo componen las **teorías de rasgo**. Estas teorías hacen depender la conducta del individuo de una serie de disposiciones estables (o relativamente estables) de respuesta: los rasgos. Adelantando un ejemplo, un rasgo a estudiar podría ser la extraversión; este rasgo vendría descrito por los dos polos de un continuo: en este caso sería «sociable versus retraído», «amante de la diversión versus serio», «afectuoso versus reservado». Se supone que los rasgos, al ser característicos del individuo y tener la cualidad básica de estables, explican la consistencia de la conducta individual en situaciones diferentes. Las teorías de rasgos se diferenciarán fundamentalmente por el tipo y el número de rasgos que propongan para explicar el comportamiento de los individuos. Teóricos como Allport, Cattell o Eysenck son figuras destacadas en esta orientación.

Modelos situacionistas

El modelo situacionista propone, como ya se vio, que es el ambiente quien determina la conducta. La conducta, en este modelo, es entendida en el sentido restrictivo de conducta observable y está sujeta, en su adquisición y modificación a las leyes del aprendizaje.

El conductismo radical de Skinner es el más claro representante de este modelo: es un error buscar la explicación de la conducta en el interior del organismo (estados internos, rasgos), las variables relevantes para estudiar la conducta están en su medio ambiente.

El énfasis en la conducta y en el aprendizaje son las características principales de este modelo. La conducta es aquí considerada en sí misma y no como un índice de un elemento interno (tal como ocurría en el modelo personalista). La cuestión de la consistencia en la conducta, es decir, el hecho de que las personas tienden a presentar una conducta reconocible como propia, es explicada por los modelos conductistas de la personalidad no por variables internas existentes en el individuo, sino por la similitud de las situaciones (de los elementos que configuran las situaciones) en que se mueve el individuo.

Otro modo, quizá de más relevancia en el campo específico de la personalidad, de presentar este modelo es a partir de la polémica entre persona y situación. Mischel, en los años 60 del pasado siglo, apoyándose en investigaciones empíricas, encontró que los estados internos postulados por los teóricos psicodinámicos y los teóricos de los rasgos explicaban sólo una pequeña parte de la conducta de los individuos, mientras que las situaciones concretas en que tenían lugar las conductas de los individuos parecían tener más influencia.

Como consecuencia de lo anterior se proponía un cambio paradigmático hacia posiciones situacionistas. El trabajo de Mischel fue de un gran impacto en este campo y produjo una gran polémica, la polémica

persona- situación. El intenso trabajo de réplicas y contrarréplicas se ha considerado que dio un fuerte impulso a la Psicología de la personalidad y que posibilitó, en cierta medida, la aparición del interaccionismo.

Modelos interaccionistas

El modelo interaccionista propone que la conducta y la experiencia de un individuo, aunque están determinadas parcialmente tanto por características personales como por variables situacionales, dependen fundamentalmente de la interacción de las características personales con las variables situacionales. La conducta es vista como un proceso continuo de relaciones de interdependencia entre el individuo y la situación en que se encuentra. Se ha señalado ya que hoy día ningún teórico se sentiría cómodo con las etiquetas de «personalista» o «situacionista» y que de un modo u otro atendería a la interacción entre las variables personales y la situación.

Las teorías cognitivo-sociales de la personalidad parecen ser las de mayor aceptación hoy día entre los psicólogos de la personalidad. La personalidad, según estas teorías, es entendida haciendo referencia a procesos afectivos y cognitivos básicos, los cuales se desarrollan en entornos sociales y son activados por elementos del medio social. La unidad de análisis de estas teorías es la persona en el contexto. Como se ve por estas definiciones estas teorías son interaccionistas. Las contribuciones de Bandura, Rotter y Mischel han sido importantes para el desarrollo actual de estas teorías.

Mischel dice que la cuestión de si son más importantes las diferencias individuales o las situaciones es una cuestión vacía que no tiene una respuesta general y que sólo lleva a fútiles discusiones. Para Mischel, la importancia relativa de las diferencias individuales y las situaciones dependerá de la situación elegida, del tipo de conducta a evaluar, de las particulares diferencias individuales de la muestra seleccionada, y del propósito de la evaluación.

El énfasis en la interacción persona-situación es una invitación a estudiar cada interacción persona-situación en sus particularidades. De este modo, Mischel acota los dos extremos de la importancia relativa de las diferencias individuales y de la situación: cuando las variables situacionales son poderosas, el conocimiento de lo que es relevante en esas variables situacionales es crucial; cuando estas variables son débiles, cuando sabemos poco acerca de ellas o cuando el objetivo es la predicción de las diferencias individuales en respuesta a esa situación concreta, entonces las variables de la persona son cruciales.

Como se ve, el estudio de las variables de la situación, de las variables personales y, prevalentemente, de la interacción entre ambas son los elementos principales de la teoría de Mischel.

En lo referente a las variables personales, Mischel propone cinco variables de la persona que pasamos a describir brevemente.

- **Competencias:** Son las habilidades individuales para transformar y usar la información activamente y crear pensamientos y acciones. Es un concepto activo, no de almacenamiento pasivo de información. Es lo que el individuo sabe y puede hacer. Mischel ilustra las diferencias individuales en competencias con los ejemplos de un levantador de peso, un químico, una persona con retraso mental, una estrella de la ópera o un convicto.

- **Estrategias de codificación y constructos personales:** Es el modo en que codificamos y agrupamos la información que recibimos. El impacto del medio queda influido por el modo en que se codifica la información proveniente de él (ejemplo: el «tiempo caluroso» puede poner nerviosa a una persona y ser una invitación para ir a la playa para otra). El concepto de constructo personal,

es decir, el modo personal de codificación y percepción de la experiencia, lo toma Mischel de Kelly³.

- **Expectativas:** Esta variable de la persona se refiere a las expectativas específicas que un individuo tiene sobre las consecuencias de diferentes posibles conductas en una situación concreta. Estas expectativas guían la elección de conducta que hace la persona de entre las que es capaz de realizar en la situación en que está.

- **Valores subjetivos:** El valor personal que un individuo da a las diferentes consecuencias de sus posibles conductas. Dos individuos con expectativas similares pueden actuar de modo diferente porque los resultados que esperan tienen distinto valor para uno y para otro.

- **Sistemas autorreguladores y planes:** Los sistemas autorreguladores hacen referencia a los objetivos que el propio individuo se traza. La adecuación de la conducta y sus consecuencias a estos objetivos personales determinarán las reacciones de autocrítica o autosatisfacción (a posteriori o anticipadamente) e influyen en la aparición de una conducta u otra (el notable que deja insatisfecho al que aspiraba al sobresaliente, satisface al que coloca su aspiración en el aprobado). Otros elementos autorregulatorios son las reglas de contingencia y los planes, lo que el individuo considera apropiado o necesario hacer, y el modo en que considera que debe hacerlo, en determinadas situaciones concretas.

6.2.- Sobre el desarrollo de la personalidad

¿Somos como somos porque hemos nacido así o, por el contrario, somos como nos hemos ido haciendo a lo largo de la vida? Una de las controversias que, tradicionalmente, más se han tratado en el campo de la Psicología de la

³ Recomendamos a aquellos interesados en modelos de personalidad de carácter “cognitivo” el estudio de la teoría de George Kelly: la “Teoría de los constructos personales”. Sin duda será de gran ayuda al sexólogo clínico

Personalidad ha sido la referida a la contribución de los determinantes genéticos y ambientales en su génesis, desarrollo y mantenimiento.

En la actualidad, aunque puede considerarse de forma independiente la importancia de estos dos tipos de determinantes, se acepta de forma generalizada que las características de la personalidad evolucionan gracias a la actividad conjunta de ambos tipos de factores.

El grado de estabilidad, en el tiempo, que puede tener la personalidad ha sido también un tema de controversia entre los estudiosos de este campo. Se tiene constancia de que, incluso en ambientes cerrados a influencias externas se producen cambios en el comportamiento habitual de las personas.

Cualquier espectador de televisión ha constatado cómo en un conocido programa musical de televisión, en el que los participantes conviven en un entorno cerrado y controlado, se producen cambios en los estilos habituales de comportamiento (personalidad) de los concursantes, como consecuencia de la experiencia que supone participar en el programa. Además, hay que tener en cuenta que las situaciones en las que vivimos no son tan estables y que el recorrido vital contiene un considerable número de hechos impredecibles, de casualidades y de acontecimientos sociales o económicos más o menos dramáticos, que pueden llevarnos a cambios significativos en los individuos.

6.3.- Variables estructurales de la personalidad: los rasgos

Los rasgos de personalidad hacen referencia a las regularidades o consistencias en la conducta de las personas. Este tipo de recurso descriptivo de la “forma de ser habitual” es lo que generalmente utilizamos para referirnos a “cómo es” la gente. De alguna manera, los rasgos son etiquetas con las que nos referimos a un conjunto de comportamientos habituales de una persona. Cuando decimos que una persona es independiente, ello no significa que sea portadora de un gen relacionado con la independencia que le “obligue” a comportarse de esa forma, sino que los observadores catalogamos

sus conductas (e.g. “desapego afectivo”, búsqueda personal de metas, etc.) como conductas de independencia, y a esa persona le atribuimos el rasgo de independencia. **Los rasgos, vistos de esta manera, no son los determinantes de la conducta, sino explicaciones sobre la misma.**

La investigación en Psicología de la Personalidad ha generado muchos modelos diferentes en cuanto a los componentes necesarios para explicar la conducta. El lector interesado puede consultar los excelentes manuales de personalidad que se han publicado.

Entre los llamados modelos factoriales de la personalidad más recientes, se encuentra el modelo de los Cinco Factores, propuesto por Costa y McCrae (1992), a partir del estudio de las descripciones verbales de los rasgos y atributos que caracterizan a las personas.

La idea de partida es que los principales atributos de personalidad suelen estar reflejados en el lenguaje común. Para llevar a cabo la investigación de esta hipótesis, se identificaron los términos verbales (los adjetivos) con que solemos describir las características de una persona (alegre, pesimista, ordenado, sociable, perseverante, etc.). De la lista de términos que se obtuvo de esta manera, se eliminaron los sinónimos y las expresiones ambiguas o de difícil comprensión. De esta forma se consiguió una escala de adjetivos descriptores, que se utilizó para llevar a cabo la evaluación de la personalidad. Para esta evaluación se siguieron dos caminos: la autoevaluación (los propios sujetos describían su forma de ser utilizando los adjetivos propuestos) y la evaluación realizada por personas allegadas a éstos (basándose en la misma lista de adjetivos).

Los datos obtenidos por estos dos procedimientos, se sometieron a una técnica de análisis matemático (el análisis factorial) mediante la que se identificaron los cinco factores principales (cinco rasgos), cuya descripción se presenta en la cuadro de más abajo. Estos grandes factores son: Extraversión, Labilidad Emocional, Apertura a la experiencia, Afabilidad y Constancia. Este modelo es aceptado actualmente como especialmente útil, debido a que tiene

un amplio respaldo de investigación empírica. Así, se ha comprobado que los factores básicos que propone el modelo coinciden en diferentes culturas; también son similares los adjetivos que utilizan los observadores externos y las personas cuando se autoevalúan; además, correlacionan las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios con otras medidas; finalmente, también se ha encontrado una base orgánica que explica estos estilos de comportamiento.

Los rasgos, o factores, que propone el modelo de los “Cinco Grandes”, son contemplados no como categorías sino como dimensiones. Una dimensión de personalidad es un continuo, con dos polos definidos por adjetivos opuestos, a lo largo del que se puede valorar la situación de una persona en cuanto al rasgo a que se refiere esa dimensión.

Por ejemplo, para evaluar a una persona en la dimensión Extraversión-Introversión, primero observaremos su forma habitual de comportarse o le haremos una serie de preguntas sobre qué haría en determinadas situaciones; a continuación, en función de los datos que hemos obtenido, describiremos su estilo de conducta como “más bien extravertido” si de las observaciones que hemos hecho, o de las respuestas que nos ha dado, se deduce que “habitualmente tiene facilidad para establecer relaciones sociales, que le gusta más estar en compañía que solo, que se encuentra a gusto en ambientes con mucha estimulación (ruido, luz...)”. Por el contrario una persona que “habitualmente prefiere estar sola, que busca ambientes sin estimulación excesiva, que le cuesta establecer una conversación con desconocidos...” deberíamos calificarla como más “bien introvertida”.

La evaluación de las personas en estas dimensiones, se lleva a cabo habitualmente mediante cuestionarios (en el siguiente apartado se describe más extensamente cómo son estos instrumentos). Estos cuestionarios deben ser aplicados y corregidos por psicólogos; estas pruebas ofrecen como resultado una puntuación que indica la situación de la persona examinada en cada una de las dimensiones que se miden.

Es necesario tener en cuenta que lo que se evalúa es la manera habitual de comportarse. La observación de algo que hace una persona una vez (se enfada mucho porque ha perdido cincuenta céntimos de euro) no es suficiente para calificarla como alta en el rasgo a que se refiera esa conducta (labilidad emocional); es necesario constatar que ese es su estilo personal de comportarse casi siempre en situaciones como esa.

Aunque los cinco rasgos a que se refiere este modelo se presentan en su dimensión más social, dos de estas dimensiones tienen un importante correlato fisiológico. Así las dimensiones Extraversión-Introversión y Labilidad emocional-Estabilidad emocional son rasgos en los que se ha demostrado una importante base neurofisiológica.

Parece que el grado en que una persona es introvertida está relacionado con el nivel de activación cortical (en concreto de la zona del cerebro denominada anatómicamente Avanzada Prefrontal del Córtex); cuanto más alta es esta activación en esta zona (lo que no tiene nada que ver con la inteligencia), más introvertida es la persona; es como si esa activación se relacionara con la capacidad de “autocontrolar” la propia conducta. De hecho, parece que al contrario de lo que ocurre en otras partes de nuestro Sistema Nervioso Central, las neuronas que se encuentran en esta zona del cerebro no tienen una misión concreta, sino que se encargan de “coordinar” toda nuestra actividad, buscando la eficiencia conductual; es decir, tratando de conseguir que con el mínimo gasto de energía logremos el mayor grado de beneficio. Cuando una persona es muy eficiente controlando su propia actividad, será capaz de mantener su atención y concentración durante mucho tiempo en la misma tarea, no hará movimientos o gestos innecesarios, nos parecerá introvertido.

Hay algunas sustancias que afectan a esta activación, que son las drogas conocidas como depresoras y las conocidas como activadoras. El alcohol es una droga depresora, que cuando se ingiere baja el nivel de activación de las neuronas de nuestro cerebro; cuando se toma alcohol se pueden tener

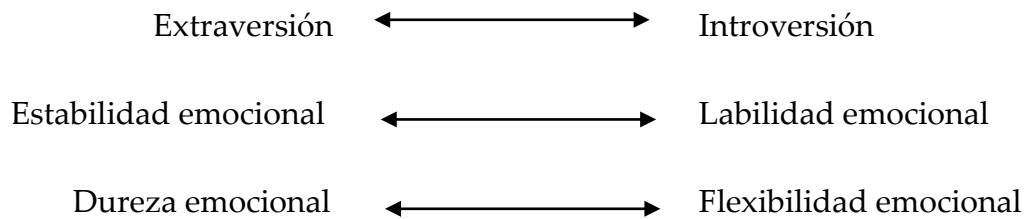
dificultades para concentrarse, para mantener la atención, para reaccionar... es como si nos hubiéramos hecho más desinhibidos, más extravertidos. El café es una droga activadora que cuando se ingiere aumenta el nivel de activación de las neuronas de nuestro cerebro; cuando se toma café se concentra uno mejor, se puede mantener la atención... es como si nos hubiéramos hecho más introvertidos. Es frecuente que se confunda la extraversión con el nerviosismo; así muchas madres se refieren a sus hijos como muy nerviosos, cuando en realidad lo que manifiestan en un alto grado de extraversión (en casos extremos se puede tratarse de un síndrome que se conoce como Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad –TDAH- cuyas características pueden consultarse en los manuales de Psicopatología).

La Labilidad emocional es una característica de la personalidad que se refiere al grado en que se es capaz de controlar las respuestas emocionales. Una persona a la que en el trabajo le dan una gratificación de 25 euros y se pone tan contento que reacciona yendo a comprarle a su madre un collar de perlas de 500 euros..., sin duda ha reaccionado desmesuradamente a un estímulo positivo. Otra persona, que pierde su monedero conteniendo dos euros (ni documentación ni ninguna otra cosa de valor) y llora amargamente la pérdida, está reaccionando desmesuradamente ante un estímulo desagradable. Ambas personas pueden describirse como emocionalmente lábiles, inestables. Parece que esta reactividad tiene relación con una zona de nuestro cerebro que se llama Formación Reticular Ascendente, que se encarga de modular los estímulos que llegan al cerebro para ser procesados.

Algo verdaderamente interesante es lo que ocurre cuando se combinan esas dos dimensiones. Alguien muy introvertido y muy lábil emocionalmente será una persona que sufre mucho, que se deprimirá fácilmente, que no hará notar su sufrimiento y por lo tanto difícilmente recibirá ayuda. Por el contrario una persona muy extrovertida y emocionalmente muy lábil, tanto cuando sufra como cuando disfrute, hará partícipes de sus emociones a todos los que le rodean, sean conocidos o desconocidos; se comporta como lo que, en términos coloquiales, se llamaría “actuar como un histérico”.

6.4.- El modelo “clásico” de Eysenck

Vamos a dedicar unas líneas a exponer este modelo debido a que permite, gracias a su sencillez, comprender mejor la Psicología de los rasgos. Las tres dimensiones a las que se refiere el modelo de personalidad propuesto por Eysenck son:



El modelo defiende que cada una de estas dimensiones presenta unas bases biológicas, a nivel neuroquímico, y se caracterizan por diversos factores o rasgos. Vamos a verlas más detenidamente en los siguientes apartados.

Extraversión- Introversión

Es la característica de personalidad que más atención ha recibido, sobre la que más se ha estudiado. Se trata, como las otras dos, de una dimensión bipolar en la que en un extremo se encuentra la extraversión y en el otro extremo la introversión. Lo distintivo de esta dimensión es la presencia más o menos intensa de las siguientes características en la forma habitual de comportarse de las personas: sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, búsqueda de sensaciones, despreocupación, dominancia, espontaneidad y búsqueda de aventuras.

Según los hallazgos de Eysenck detrás de esta dimensión psicológica encontramos una estructura neurológica: el córtex frontal; de este modo las

personas con una corteza cerebral muy activada no necesitarían más estimulación y evitarían excesivo contacto social, es decir, serían tímidas, introvertidas. Y viceversa, los extrovertidos requerirán mayor grado de estimulación externa para alcanzar su nivel óptimo de activación cortical. Así, los extrovertidos requieren mayor estimulación externa que las personas ambivalentes (las que no son ni extrovertidas ni introvertidas) para alcanzar un nivel óptimo de activación cortical, mientras que el introvertido requiere menos estimulación externa que la persona ambivalente.

Una primera hipótesis que se podría formular respecto a esta dimensión es que siendo la estimulación sexual una de las experiencias sensoriales más intensas que ordinariamente tienen las personas, se podría concluir que los introvertidos buscarían tal experiencia con mayor reserva y eludirían las formas de mayor estimulación de la conducta sexual. Por el contrario, los extrovertidos buscarían estas formas de conducta sexual de mayor estimulación de modo vehemente y apasionado.

Por otro lado, se ha demostrado que los extrovertidos muestran un nivel de socialización menor que los introvertidos, por lo que existen numerosas conductas sexuales consideradas menos sociales, o incluso asociales (por ejemplo, variaciones sexuales, relaciones sexuales más promiscuas y relaciones sexuales extramatrimoniales) que probablemente sean mejor toleradas por los extrovertidos que los introvertidos.

Tanto la búsqueda de sensaciones como la menor socialización, llevarían a las personas extrovertidas en la misma dirección, es decir, a una mayor tolerancia en toda clase de conductas sexuales que intervengan personas del sexo contrario y de acuerdo con esto se han efectuado las siguientes predicciones:

1. Los extrovertidos tendrán relaciones sexuales antes que los introvertidos.

2. Los extrovertidos tendrán relaciones sexuales con más frecuencia que los introvertidos.
3. Los extrovertidos mantendrán relaciones sexuales con mayor número de compañeros diferentes.
4. Los extrovertidos deben utilizar una mayor variedad de posiciones que los introvertidos.
5. Los extrovertidos son más tolerantes con otras conductas sexuales, distintas al coito.
6. Los extrovertidos toleran los juegos eróticos pre-coitales durante más tiempo que los introvertidos.

Hemos señalado antes que los extrovertidos, presentan un nivel de activación cortical más bajo que los ambivalentes y que los introvertidos. Esta característica, eminentemente genética, hace que estas personas, ante situaciones novedosas reaccionen al principio tan intensamente como los introvertidos, sin embargo en el caso de los extrovertidos se produce habituación lo que determinaría que se cansen de dicho estímulo mucho antes.

Por lo que podría interpretarse que los extrovertidos están predispuestos de forma innata a la búsqueda de estímulos fuertes o intensos, a aburrirse por la repetición de estímulos idénticos o parecidos, y a estar menos inhibidos por los tabúes sociales en la búsqueda de tales estímulos intensos y novedosos. Y además, sugeriríamos que la voluble conducta sexual del extrovertido, apuntada anteriormente (cambios de compañero, cambios en las posiciones adoptadas, etc.) podría estar relacionada con el fenómeno de la habituación.

Está claro que la habituación a un estímulo determinado (sea sexual o no sexual) produce una pérdida de activación cortical, desinterés y aburrimiento; se espera que esto, a su vez, motive la búsqueda de nuevos

estímulos. De este modo los extrovertidos están predispuestos genéticamente a la búsqueda de estímulos fuertes o intensos, a aburrirse por la repetición de estímulos idénticos o parecidos, y a estar menos inhibidos por los tabúes sociales en la búsqueda de tales estímulos intensos y novedosos.

Cuadro 12: Extroversión y habituación

Existe algún tipo de evidencia objetiva sobre el hecho de que la habituación en el área sexual es realmente más pronunciada en los extrovertidos.

En un estudio, realizado por E. Nelson, se midieron las respuestas fisiológicas de varones ante películas sexuales, utilizando el pletismógrafo de pene (que como se sabe sirve para medir las variaciones del volumen del pene desde la flaccidez a la erección). Se montaron nueve películas de cuatro minutos de duración a partir de gran cantidad de material comercial. Cada película se centraba en un aspecto de la actividad sexual, es decir, caricias, coito con el hombre encima de la mujer, cunnilingus, felación, sesenta y nueve, relaciones sexuales con varias personas a la vez, etc.... Se eligieron cuidadosamente los sujetos en base a inventarios de personalidad para componer los cuatro grupos de: extrovertidos estables, introvertidos estables, extrovertidos inestables e introvertidos inestables. Había diez sujetos en cada grupo. A cada persona se le pasaron tres películas en tres ocasiones distintas, transcurriendo como mínimo cuatro días entre cada presentación y cuatro minutos entre cada una de las películas en cada una de las ocasiones. Se analizaron los registros de los cambios ocurridos durante cada película, de película a película en la misma ocasión y de una ocasión a otra.

Este análisis demostró que los extrovertidos exhibieron significativamente mayor habituación (es decir, un descenso del volumen del pene) durante el pase de cada película, de película a película y de una ocasión a otra. Esta tendencia era más clara para los extrovertidos e introvertidos estables, pero también apareció en los extrovertidos y en los introvertidos inestables. Los introvertidos no mostraron ningún cambio en la respuesta desde el comienzo hasta el fin, mientras los extrovertidos mostraron un descenso del 86 por 100 de erección máxima al 66 por 100 de la misma. Así pues, está claro que la habituación ocurre más rápidamente en los extrovertidos, no sólo ante una estimulación sensorial simple (como las utilizadas en las investigaciones de laboratorio), sino también ante una estimulación sexual visual.

Estabilidad emocional- Labilidad emocional

La labilidad emocional, es una característica de la personalidad que se refiere al grado en que se es capaz de controlar las respuestas emocionales. Recordemos el ejemplo expuesto anteriormente. Imaginemos una persona que en un bar, está viendo en la televisión el sorteo de la Lotería Primitiva, y comprueba que ha ganado 10 euros; si reacciona poniéndose supercontento e invitando a tomar una consumición a las 32 personas presentes, ha respondido con una emoción de alegría desmesurada a un estímulo positivo cuya intensidad no se corresponde con la intensidad de la emoción expresada. Otra persona a la que se le caen, de entre un puñado de monedas, cinco céntimos de euro en una alcantarilla y llora amargamente, mientras se tira de los pelos de desesperación y profiere gritos de dolor por esa pérdida, está reaccionando desmesuradamente ante un estímulo aversivo. Como ya hemos señalado antes, al definir el concepto de labilidad emocional, está claro que el comportamiento de ambas personas puede describirse como una conducta lábil, inestable, ya que han reaccionado desproporcionadamente a los estímulos.

Las bases biológicas de esta dimensión están relacionadas con la activación del Sistema Nervioso Autónomo, en particular el cerebro visceral, que coordina la actividad simpática y parasimpática.

En relación a la sexualidad, según se predice de esta teoría, las personas que son emocionalmente muy lábiles tolerarían probablemente menos los contactos sexuales no socialmente aceptables; las relaciones sexuales con este tipo de personas presentarían la forma de un conflicto atracción-evitación: el deseo sexual hace que el individuo lábil emocional se aproxime a él, mientras que sus miedos y ansiedades le hacen evitar llevar a cabo el deseo sexual. Esta ambivalencia está desde luego bien documentada en la literatura clínica que describe las conductas de personas con trastornos de ansiedad, pero este tipo de conducta relacionada con la sexualidad también

puede encontrarse en poblaciones psicológicamente sanas. Este conflicto en el terreno sexual sería particularmente agudo en sujetos con una combinación de un alto nivel de Labilidad emocional y una alta Extraversión; el alto nivel en Labilidad emocional aumentaría la parte de la evitación del deseo sexual y la alta tendencia a la Extroversión aumentaría la parte de aproximación al deseo.

Dureza- Flexibilidad

Mientras que Extraversión y Labilidad emocional son dimensiones de la personalidad que se han estudiado durante muchos años (el primero de los estudios de este tipo que utilizó este modelo particular de personalidad, fue realizado por Eysenck ya en el año 1947) y para las cuales existe un gran apoyo teórico y experimental, la tercera dimensión de la personalidad que presentamos aquí, el estudio de la dimensión Dureza emocional comenzó mucho después, por lo que se cuenta con menor aporte de datos de investigaciones.

Los elementos que componen esta dimensión son la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impersonalidad, la impulsividad antisocial, la ausencia de empatía y la rigidez.

Es difícil describir los rasgos característicos de una persona que puntúa alto en esta dimensión de la personalidad, pero en ausencia de un conocimiento completo sobre este punto, puede ser todavía útil citar la descripción dada en el Manual del EPQ (que es el cuestionario mediante el que se miden estas características):

Las personas que puntúan alto en Dureza emocional pueden describirse como: solitarias, no se interesan por la gente, a menudo inoportunas, no encajan en ninguna parte. Pueden ser crueles e inhumanos, carentes de sentimientos y de empatía, y en conjunto insensibles. Hostiles a los otros, incluso con sus parientes y amigos y agresivos incluso con las personas que ama. Les gustan las cosas raras y

poco corrientes y desdeñan el peligro; les agrada hacer trastadas a las otras personas. La socialización es un concepto relativamente extraño a estas personas; empatía, sentimientos de culpa, sensibilidad hacia otras personas, son nociones extrañas y poco familiares para ellos.

Como es de suponer, esta descripción se refiere desde luego a los casos extremos.

Personas que quizás puntúen relativamente alto, pero que estén más cerca de las puntuaciones medias, estarán más lejos de los extremos y mostrarían estos patrones de conducta en un grado mucho menos desarrollado.

Las predicciones sobre la conducta sexual a partir de este factor son más difíciles de hacer, debido a la limitada cantidad de conocimiento de esta índole que tenemos. Los términos que nos vienen a la cabeza son «sexo impersonal y «sexo agresivo», con sus implicaciones de ausencia de amor y afecto, centrándose en las relaciones físicas pura y simplemente. También parece probable que los que puntúan alto en Dureza emocional puedan comportarse de modo antisocial y ser permisivos con los actos desaprobados socialmente. Estas predicciones son menos explícitas y bastante vagas en comparación con las realizadas en torno a Extroversión. La razón es simplemente que sabemos bastante sobre Extroversión, pero mucho menos sobre Dureza emocional.

Una característica importante que conviene destacar respecto a la Dureza emocional es que los hombres tienden a tener puntuaciones mucho más altas que las mujeres, y que la agresividad general, la falta de empatía y la naturaleza impersonal de las puntuaciones altas en Dureza emocional están relacionadas claramente con los estereotipos populares de masculinidad.

6.5.- Variables funcionales de la personalidad: “Locus de control “

Un concepto básico y central para la correcta comprensión de esta dimensión de la personalidad es el de expectativa. En última instancia, una expectativa no es más que la forma de anticiparse (mentalmente) a las consecuencias de nuestra conducta; esto supone, de alguna manera, “hacer presente el futuro”.

Pensemos, por ejemplo, en un músico que se esfuerza durante un largo período de tiempo en mejorar su preparación técnica, con la esperanza de obtener un éxito en un concurso importante para él. El éxito, situado temporalmente a tanta distancia de la conducta de preparación que lleva a cabo cada día, supone un incentivo (un estímulo atractivo), una anticipación del refuerzo que puede suponer para este artista el lograr tal premio. El deseo de alcanzar esta meta, sin embargo, no sería suficiente si no tuviera un nivel de confianza razonable en sus posibilidades.

El investigador que inició esta línea de estudio a mediados del siglo veinte, Rotter, sostenía la existencia de numerosas expectativas, derivadas todas ellas del aprendizaje, pero ha centrado su interés en dos de estas: el locus de control (LOC) y la confianza. Ambas son expectativas generalizadas, esto es, que afectan a numerosas situaciones de la vida de la persona y que tienden a mostrarse relativamente inalterables a lo largo de la vida del adulto.

El locus de control se establece como resultado de la atribución que hacen las personas acerca de quién o qué “controla” lo que nos sucede, sea positivo o negativo. Así, algunas personas tienden a percibir que sus actos, y las consecuencias derivadas de éstos, dependen de su propio control; a este caso se le llama de locus de control interno. Otras personas suelen esperar que tanto sus conductas como las consecuencias de éstas estén controladas por la suerte u otras personas; en este caso hablamos de locus de control externo. Estas tendencias parecen consolidarse con el transcurso del tiempo, aunque el locus de control interno parece ir aumentando con la edad, probablemente debido a la experiencia en el manejo de las situaciones. Por ejemplo, nosotros

realizamos un estudio sobre este tema de la estabilidad del locus de control en salud en personal sanitario y encontramos que conforme van progresando en su formación, los estudiantes de enfermería y de fisioterapia van puntuando en los cuestionarios que miden esta característica como más internos (López de la Llave y Pérez-Llantada, 1998).

La evaluación del locus de control se realiza mediante cuestionarios. Un cuestionario consiste en un conjunto de afirmaciones, respecto a las que la persona a quien se está evaluando manifiesta su grado de acuerdo o desacuerdo. La construcción de estas herramientas de medida psicológica es muy compleja y, aunque no es este el lugar adecuado para extendernos en la descripción de ese proceso, diremos de forma resumida que se trata de elegir, de entre todas las posibles, aquellas frases en cuya dirección de respuesta (acuerdo o desacuerdo) coinciden la mayoría de las personas que son similares en la variable que nos interesa medir. Una parte de la Psicología, la Psicometría (medida de lo psicológico) es la que se encarga de la construcción de estos instrumentos y de que reúnan las garantías científicas necesarias (por ejemplo, que sean fiables, precisos, sensibles y válidos).

Cuadro 13: Algunas diferencias entre las personas con Locus de Control interno y externo	
Locus de Control Interno	Locus de Control Externo
Tienden a atribuir el fracaso a falta de capacidad personal	Tienden a atribuir el fracaso a la mala suerte y a la dificultad de la tarea
Tienden a realizar acciones encaminadas a preservar la salud	Suelen ser más lábiles emocionalmente
Tienden a mostrarse más optimistas	Suelen ser más vulnerables al estrés
Suelen intentar dominar las situaciones	Tienden a ser conformistas
Intentan controlar la conducta de los demás	No intentan controlar a los demás
Suelen juzgar con dureza a los demás	Juzgan a la gente con benevolencia
Tienden a exigir castigos más duros por transgredir las normas de convivencia	Tienden a utilizar estrategias defensivas para explicar sus fracasos
Tienden a asumir mayor responsabilidad	Tienden a eludir la responsabilidad

De una forma breve cabe destacar la importancia que tiene adecuar las intervenciones terapéuticas a este estilo de personalidad. Cuando un terapeuta actúa de una forma directiva con una persona con locus de control externo es probable que tenga éxito en su intervención pero este mismo modo de actuar en el caso de un paciente con locus de control interno hará muy probable el fracaso de su intervención.

7.- LAS TÉCNICAS DE MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Para nosotros y otros muchos autores, la terapia de conducta es la aportación más importante dentro de la Psicología clínica. La calidad de un profesional de la salud que realiza intervenciones psicoterapéuticas, del psicólogo clínico, de un sexólogo, ya no depende de su arte, **el clínico no nace, se hace**. El estudio, la investigación y la práctica clínica forma parte del terapeuta de nuestros días. La intuición ha pasado a la historia.

Cuadro 14: El modelo psicoanalítico de terapia psicológica

Los enfoques psicoanalíticos y dinámicos afines fueron creados y han sido propagados principalmente por personas formadas en el campo de la medicina. Por tanto, no es sorprendente que los "modelos" de la conducta humana de desadaptación relacionados con dichos enfoques, estén dirigidos a apropiarse de los conceptos relacionados con las enfermedades físicas. En consecuencia, estas conceptualizaciones dinámicas han llegado a identificarse con rótulos como "modelo médico" o "modelo de enfermedad". En el modelo médico de trastorno psicológico, se supone que la conducta de desadaptación es sintomática de un estado patológico subyacente o estado de enfermedad, suponiéndose también que para curar al paciente que sufre de "enfermedad mental", es necesario eliminar el estado patológico interno. Es decir, tratar los síntomas aislados, no sólo no proporcionaría ningún beneficio, sino que a largo plazo hasta pudiera resultar perjudicial, ya que la enfermedad interna podría intensificarse. Es interesante observar que la adaptación psicodinámica de este modelo de enfermedad es considerablemente más estricto en el aspecto del tratamiento sintomático que el origen del modelo de medicina física (lo prueba el exitoso tratamiento sintomático de la fibrosis cística, o del poco menos exitoso pero muy difuso tratamiento del comúnmente llamado resfriado).

La Psicología ofrece numerosas herramientas y procedimientos de intervención para encarar los diversos problemas conductuales que presentan los individuos (hay que recordar que conducta es tanto lo que se piensa como lo que se hace o lo que se siente). De igual manera que la profesión médica dispone de toda una serie de fármacos y técnicas quirúrgicas para los

problemas orgánicos, así también la Psicología clínica dispone de un conjunto de procedimientos terapéuticos para el tratamiento y modificación de los problemas conductuales. Obviamente en el caso del sexólogo dependiendo de su formación de base (médico o psicólogo) estará más “acostumbrado” y entrenado a la utilización de uno u otro tipo de herramientas terapéuticas.

Bajo el rótulo terapia de conducta incluimos una gran cantidad de técnicas específicas que emplean los principios psicológicos (especialmente del aprendizaje) para tratar la conducta humana de desadaptación. El término “conducta” se interpreta de manera general, incluyendo tanto una respuesta manifiesta como una respuesta cubierta (por ejemplo, las emociones, o los pensamientos). Entre las técnicas incluidas bajo esta etiqueta se cuentan la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo, el modelamiento, el condicionamiento operante, la extinción y el condicionamiento aversivo, así como otras técnicas dirigidas a modificar patrones del pensamiento.

La terapia de conducta implica, principalmente, la aplicación de los principios derivados de la investigación en la Psicología experimental y social, para buscar el alivio del malestar y la mejora del funcionamiento de las personas. La terapia de conducta pone el énfasis en una valoración sistemática de la efectividad de estas aplicaciones. La terapia de conducta implica el cambio ambiental y la interacción social, más que la alteración directa de los procesos corporales por medio de procedimientos biológicos. El objetivo es esencialmente educativo. Las técnicas facilitan un mayor autocontrol. En la aplicación de la terapia de conducta, normalmente se negocia un acuerdo contractual en el que se especifican procedimientos y objetivos mutuamente agradables.

7.1 Desarrollo histórico de la modificación de conducta

Hasta mediados del siglo veinte, se ha estado produciendo, a nivel teórico, el desarrollo de las leyes del condicionamiento clásico, expuestas

originalmente por Pavlov, y la formulación de la ley del efecto de Thorndike, lo que constituyó un marco de referencia teórico sobre el que posteriormente se desarrollaría la modificación de conducta. Se establece que el objeto de la Psicología es la conducta y la forma de estudiarla sigue los pasos desarrollados por Pavlov y Thorndike.

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

Es interesante notar que los primeros esfuerzos teóricos (es decir, posteriores a la Segunda Guerra Mundial) se dirigieron a la integración de la Psicología clínica ya que el conductismo implica con frecuencia la traducción de los conceptos freudianos al idioma conductual. La utilidad de tales traducciones se fundamenta en la suposición de que el psicoanálisis es un medio efectivo de tratamiento. Sin embargo, en general los terapeutas empapados en psicoanálisis y escuelas dinámicas afines a la terapia no han proporcionado datos definitivos para apoyar esta crucial suposición.

En un artículo de gran influencia publicado en 1952, Eysenck presentó datos insinuando que las personas con trastornos neuróticos que recibían psicoterapia no mejoraban de sus dolencias mejor que aquellos que no recibieron ningún tratamiento (con aproximadamente dos tercios de cada grupo demostrando mejoría). Podría señalarse que los datos de Eysenck no provenían de un experimento controlado, sino de una encuesta de estudios

psiquiátricos, así como de registros de compañías de seguros y hospitales. Los hallazgos anteriores motivaron un cuestionamiento del valor de aquella psicoterapia y que se empezara a buscar otras alternativas.

Una de estas alternativas fue la “terapia de la conducta”. Hay dos libros que fueron de suma importancia para el establecimiento de las bases de esta nueva disciplina: de Skinner (1963) *Science and Human Behavior* y de Wolpe (1958) *Psychoterapy by Reciprocal Inhibition*. Skinner proporcionó una base para creer que gran parte de la conducta humana se puede comprender en términos de los principios del condicionamiento operante; Wolpe ofreció conceptos sobre la neurosis humana dentro de los términos pavlovianos y hullianos sobre los principios del aprendizaje (con una dosis considerable de neurofisiología), y lo más importante, delineó técnicas específicas de terapia (por ejemplo, la desensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo) encaminadas a ocuparse de la conducta neurótica. Wolpe también proporcionó abundante información con historias de casos para apoyar la validez de sus llamadas técnicas de inhibición recíproca.

Otra contribución significativa fue la de Eysenck (1960) *Behavior Therapy and the Neurosis*. En 1963, Eysenck fundó la primera revista especializada en terapia de la conducta, *Behavior Research and Therapy*. En 1968, apareció una segunda revista de terapia de la conducta, dedicada a los enfoques operantes, la *Journal of Applied Behavior Analysis* (fundada por Wolf). Después, en 1970 Franks fundó una tercera revista, *Behavior Therapy*, y en 1970 una cuarta, *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, iniciada por Wolpe. Y como era predecible, dentro de la década pasada aparecieron un gran número de textos de terapia de la conducta; entre ellos están los de: Eysenck (1964), Ullmann y Krasner (1965, 1969), Krasner y Ullmann (1965), Wolpe y Lazarus (1966,, Wolpe (1969), Bandura (1969), Franks (1969), Kanfer y Phillips'(1970), Yates (1970) y Lazarus (1971).

Cuadro 15: Caracterización de la modificación de conducta

Adaptado de Labrador

Se ha definido la modificación de conducta como aquella orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la Psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas específicas, y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptadas e instaurar o incrementar conductas adaptadas. Esta definición pone de relieve las características más fundamentales del enfoque:

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

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

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

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

Como se ve, en los años 70 la modificación de conducta ya se aplica con gran éxito a problemas que hasta ese momento eran refractarios al tratamiento. Las técnicas operantes se aplican con éxito a la implantación del lenguaje, retraso mental, autismo, y delincuencia, al igual que se aplica a problemas en el aula y trastornos de la conducta en niños normales; se desarrollan nuevas técnicas como la economía de fichas y se mejoran los procedimientos existentes. Además en este periodo se desarrollan técnicas de entrenamiento

asertivo y habilidades sociales, inundación y prevención de respuestas y se mejoran las técnicas de alivio de aversión y técnicas aversivas. Y como se sabe son también estas técnicas de terapia de conducta derivadas de la Psicología experimental las que facilitan el “despegue” de la sexoterapia de manos de Masters y Johnson en su clínica de St. Louis, Missouri.

En estos momentos hay una disociación entre la investigación básica en Psicología y la aplicación de la modificación de conducta. La Psicología experimental pasa de centrarse en el aprendizaje y en los modelos de condicionamiento a dirigirse a procesos cognitivos (memoria, percepción, atención). Los terapeutas de conducta hoy están más centrados en las demandas del trabajo aplicado y no se presta mucha atención a la investigación básica.

7.2 Orientaciones actuales en modificación de conducta

Análisis conductual aplicado

Se basa en la aplicación del análisis experimental de la conducta a los problemas de importancia social, aparece también bajo la denominación de análisis funcional de la conducta o enfoque operante.

Las principales características de este enfoque son:

- Se centra en las conductas observables directamente.
- La conducta está controlada por el ambiente.
- El objetivo de estudio es la conducta del organismo individual y el enfoque metodológico es el análisis experimental de la conducta.
- Las técnicas basadas en este enfoque son las de condicionamiento operante.

- El campo de aplicación de este enfoque es muy amplio pero se pueden destacar dos áreas preferentes: a) el tratamiento de personas con capacidades cognitivas limitadas y b) la modificación de ambientes sociales o institucionales.
- El tratamiento debe evaluarse tanto a nivel experimental como clínico y social.

Orientación conductual mediacional

También se le denomina enfoque E-R neoconductista o mediacional, por el énfasis que pone en las variables intermedias o constructos hipotéticos en la explicación de la conducta.

Los rasgos principales de esta orientación son los siguientes:

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

Orientaciones basadas en el aprendizaje social

Esta orientación considera que la determinación del comportamiento depende de los estímulos ambientales, físicos y sociales, de procesos

cognitivos y patrones de conducta del sujeto, que a su vez modifica su propio medio.

Las características fundamentales de esta orientación son las siguientes:

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

Orientación cognitivo-conductual:

Esta orientación parte del supuesto de que la actividad cognitiva determina el comportamiento.

Las principales características de esta orientación son las siguientes:

- El cambio conductual se haya mediado por las actividades cognitivas.
- La aceptación del determinismo recíproco entre el pensamiento, el ambiente y la conducta.

- La terapia está diseñada para ayudar al paciente a identificar, probar la realidad y corregir creencias disfuncionales.
- Las técnicas aplicadas en este enfoque son la reestructuración cognitiva, solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional.
- La relación terapéutica es colaborativa y se enfatiza el papel activo del cliente.

7.3.- Utilidad de la modificación de conducta

La terapia de conducta puede ser utilizada solamente con dos finalidades: a) aumentar la probabilidad con que una persona realiza una conducta y b) disminuir la probabilidad con que una persona lleva a cabo una conducta. En principio puede pensarse que, dadas esas dos únicas finalidades, la utilidad de esta herramienta psicológica es extremadamente limitada... Sin embargo, como veremos, nada más lejos de la realidad; la terapia de conducta ofrece unas potentísimas técnicas para la mejora de la salud y el tratamiento de trastornos.

Aumentar la probabilidad con que una persona realiza una conducta quiere decir que podemos partir desde la probabilidad cero (completa ausencia de una conducta) hasta probabilidades más altas que cero. En el contexto sexológico, el bajo deseo sexual puede ser un buen ejemplo de la utilidad de la modificación de conducta como herramienta para aumentar la probabilidad de una conducta; en ese caso se trataría de aumentar la probabilidad de que una persona sintiera el deseo de llevar a cabo una actividad sexual y en cada caso concreto se partiría de situaciones diferentes, desde ausencia completa de deseo hasta otras en que sí que se producen conductas de deseo pero resultan insuficientes para esa persona concreta.

Cuando lo que se desea es disminuir la probabilidad con que se produce una conducta, nos encontramos en una situación similar a la descrita

en el caso anterior. Podemos partir de conductas que se dan con una altísima frecuencia (por ejemplo fumar) y que deseamos extinguir, eliminar; pero también se puede partir de situaciones en que las conductas objetivo no resultan tan frecuentes pero también se considera necesario eliminarlas (pensemos por ejemplo en el caso de un varón que tiene, una vez al mes como media, conductas de exhibicionismo).

A continuación vamos a presentar estos dos grupos de técnicas de terapia psicológica

7.4.- Técnicas para aumentar la probabilidad de conductas

Una de las tareas más usuales en las ayudas psicológicas a las personas probablemente tenga que ver con la facilitación de nuevas formas de comportamiento. En particular, la modificación de conducta dispone de técnicas especializadas en tal sentido. Como acabamos de señalar, se trataría “simplemente” **de** crear nuevas conductas (o “reforzar” conductas persistentes), y en consecuencia no será difícil hacerse cargo de la dificultad que ello suponga. A menudo, las nuevas conductas quizá tengan que ponerse sobre otras ya existentes.

En términos formales habría que diferenciar dos procedimientos básicos para el desarrollo de nuevas conductas, a saber: uno consiste en el desarrollo gradual, que se llamará moldeamiento, y el otro en la combinación de conductas que ya figuran en el repertorio del sujeto, cuya denominación será encadenamiento.

Cuadro 15: Sobre la llamada sustitución del síntoma

Como muchos autores han observado, los enfoques psicodinámicos (en especial la teoría psicoanalítica) predicen que la eliminación de un síntoma, mientras se ignora la causa subyacente, resultará ya sea en la repetición del síntoma o en la aparición de un síntoma sustitutivo.

Se ha sugerido que la hipótesis de sustitución del síntoma se deriva del modelo médico; pero esto requiere cierta aclaración. Si por sustitución del síntoma nos referimos a la aparición de nuevos síntomas como resultado de la eliminación de los antiguos, esta doctrina no es compatible con el modelo médico de enfermedad física, el cual apoya el tratamiento sintomático y comúnmente no prevé consecuencias desfavorables de éste. Por tanto, el médico que entiende la fiebre como síntoma de una invasión bacteriológica, no espera que la terapia a base de aspirinas o fricciones de alcohol ocasionen la aparición de un nuevo padecimiento, aun cuando ciertas adaptaciones psiquiátricas del modelo médico propicien un tratamiento cuya mejor definición sería la de sintomático. La mayoría de los psiquiatras que prescriben tranquilizantes o terapia de shocks eléctricos, no argumentarían que están intentando aliviar psicopatología a su nivel más básico, ni prescribirían dicho tratamiento esperando que aparezcan nuevos y terribles síntomas.

En otras palabras, la hipótesis de la sustitución del síntoma (podríamos utilizar el término "doctrina", puesto que es en lo que se ha llegado a convertir) no resulta del modelo médico per se, sino más bien, de un derivado psiquiátrico específico del modelo médico, llamado teoría psicoanalítica. A menudo se hace una analogía con respecto al examen psicoanalítico y un sistema hidráulico. Si algo dentro del sistema propicia que aumente la presión, esto puede ocasionar una ruptura en la superficie, con salida precipitada del fluido. Sin embargo, ya que los fluidos no son compresibles, el ocuparse del rompimiento (análogo al tratamiento de síntomas) sólo aumenta la probabilidad de que la ruptura ocurra en otra parte. Considerando la propiedad de esta analogía con el funcionamiento psicológico humano, la sustitución de síntomas es una noción muy plausible.

Naturalmente, el aspecto crítico desde nuestro punto de vista corresponde a si es probable o no que ocurra la sustitución del síntoma. Como Bandura (1969) señaló convincentemente, no es posible en realidad refutar esta doctrina en definitiva, porque los terapeutas que creen en la sustitución del síntoma no han especificado la naturaleza de esta sustitución, ni las circunstancias bajo las cuales podría ocurrir. Por otra parte es posible para el terapeuta de la conducta establecer su propia versión de la hipótesis (Cahoon, 1968) y probarla por si esto pudiera verificar que el tratamiento sintomático es perjudicial. Generalmente, los esfuerzos en esta dirección (que han sido muchos) han involucrado el empleo de la terapia conductual para eliminar o debilitar una conducta indeseable, esperando un lapso razonable, y preguntando después a los individuos si han experimentado o no un nuevo síntoma. Las reseñas sobre descubrimientos empíricos (incluyendo historias de casos y experimentos controlados) indican que la evidencia es abrumadora contra la sustitución del síntoma.

Según han observado otros escritores existen circunstancias en que una respuesta de desadaptación puede sustituir a otra. Bandura cita el ejemplo de la conducta antisocial que ha sido suprimida mediante el castigo. Si el individuo no tiene una respuesta socialmente aceptable que pudiera servir para el mismo fin, es probable que se entregue a una respuesta antisocial. Wolpe señala que la sustitución del síntoma puede ocurrir cuando se elimina un acto abierto particular pero permanece la respuesta autónoma (emocional) subyacente. Por ejemplo, si se suprime el comúnmente llamado lavado de manos compulsivo, el individuo podría aprender otra respuesta de desadaptación para reducir la ansiedad. Por tanto, no existe axioma del conductismo que evite la sustitución de una conducta de desadaptación por otra; pero desde el punto de vista práctico, se trata de un fenómeno raramente observado.

7.4.1.- Moldeamiento

El moldeamiento es un procedimiento que consiste en reforzar sistemáticamente las aproximaciones sucesivas a una conducta objetivo. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa, es decir hay que “partir de algo”, no es el aprendizaje de una conducta completamente nueva sino el fortalecimiento de un comportamiento ya existente que se da con menor frecuencia de la deseada. Cierta conducta traerá determinado refuerzo, que a su vez se dispensará sólo ante tal conducta. El refuerzo es cualquier objeto o evento que incremente la probabilidad de la conducta que lo precede. El reforzamiento fortalece la probabilidad de la conducta respecto de la cual es contingente. El reforzamiento es el acto de administrar el reforzador siguiendo algún criterio de frecuencia relativa a la conducta en cuestión. La conducta, tratándose del moldeamiento, es cualquier actuación ostensible ante la cual el ambiente “responde” fiablemente. Algo que hace el sujeto viene a ser una operación con ciertos efectos. Así pues, la conducta es una operante cuyas consecuencias es el refuerzo.

Cuando se trata de instaurar una nueva conducta (completamente nueva y que ahora no se da), el reforzamiento será selectivo respecto del repertorio disponible. Se empezarán a reforzar las conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente a la que se ha establecido como conducta objetivo. Paulatinamente, el reforzamiento se irá haciendo “más exigente” en función de ciertos aspectos de dicha conducta y de acuerdo por lo demás con su variabilidad. Como se puede ver, el moldeamiento resulta un proceso dinámico en el que se van transformando conjuntamente la conducta y sus consecuencias.

Aunque el moldeamiento es una técnica de amplísima utilización en terapia de conducta, se utiliza con especial profusión en unos cuantos ámbitos concretos, como los siguientes: la educación especial, la rehabilitación de funciones motoras, la instrucción académica, las disfunciones sexuales, y otros. Con la palabra “otros” nos referimos a un conjunto de supuestos,

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

7.4.2.- Encadenamiento

El encadenamiento es la formación de una conducta compleja a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. De lo que se trata pues es de conseguir una unidad funcional que resulta compuesta de subunidades conductuales preexistentes, de manera que éstas se combinan para formar una nueva conducta.

Hay que contar de entrada con conductas que vienen a ser «fragmentos» de la que vaya a resultar, es como contar con las piezas del puzzle que queremos formar. En términos técnicos, se diría que cada conducta del complejo resultante tiene una doble función como estímulo; así funcionaría, por un lado, en calidad de estímulo discriminativo para la siguiente y, por otro, como estímulo reforzante de la anterior. Finalmente adquiriría la unidad funcional a que se ha aludido. De esta manera se produce un encadenamiento entre estímulos discriminativos, que en realidad son respuestas ya dadas, y respuestas, que, además de ser estímulos reforzantes para las anteriores son también los estímulos discriminativos para la siguiente conducta. El primer componente de la cadena puede ser una instrucción o una regla que diga cómo se empieza.

La aplicación del encadenamiento tiene interés en el supuesto de que se disponga de los fragmentos para la nueva unidad conductual deseada. Es por ello que no se puede decir que haya un ámbito aplicado para el que fuera la técnica de elección. Hay diversas áreas en las que con más frecuencia se da la situación adecuada para utilizar esta técnica de encadenado; algunas áreas de aplicación son: el entrenamiento en autonomía doméstica, el desarrollo de la fluidez verbal, ciertos aspectos de la instrucción académica... y ámbitos como el deporte, las artes escénicas (música, danza, teatro). En otro lugar hemos tratado más extensamente este asunto (López de la Llave y Pérez-Llantada, "Psicología para intérpretes artísticos", ed. Thomson, 2006).

7.5.- Técnicas para disminuir la probabilidad de conductas

Entre las técnicas de modificación de conducta que se utilizan para este fin, se cuenta con las siguientes: extinción, reforzamiento diferencial, costo de respuesta, tiempo fuera, saciación y sobrecorrección.

Es importante señalar que no es adecuado desarrollar una intervención dirigida exclusivamente a reducir o eliminar una conducta, siempre será necesaria una parte complementaria que se dirija a desarrollar la o las conductas alternativas que se desean en lugar de la conducta a reducir. **No basta con que la persona deje de emitir una conducta, es determinante qué hace en lugar de esa conducta.**

7.5.1.- Extinción

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

El procedimiento de la extinción presenta una serie de características fundamentales para su aplicación:

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

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

Junto a la extinción de la conducta inadecuada es necesario utilizar el reforzamiento de alguna conducta o conductas alternativas, si es posible incompatibles con la que se pretende eliminar. Es importante tener en cuenta que la aplicación de la extinción debe ser constante, pues si se aplica de forma intermitente pueden producirse los efectos contrarios, es decir establecer de forma más firme la respuesta (sería como reforzarla de forma intermitente). Además, no es aconsejable utilizar la extinción como única técnica si se desea un cese inmediato de la emisión de la conducta, o si la conducta es peligrosa para el sujeto o personas del medio, como es el caso de algunas conductas agresivas o autolesivas; así como tampoco en aquellos casos en los que no puede tolerarse un aumento temporal en la conducta.

7.5.2.- Procedimientos de reforzamiento diferencial

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

- Reforzamiento diferencial de tasas bajas (RDTB)

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

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

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

- Reforzamiento diferencial de otras conductas (RDO)

Es un procedimiento en el que el reforzador sigue a cualquier conducta que emite el individuo con la excepción de la conducta inapropiada que queremos eliminar. En este caso se refuerza la ausencia de la conducta inapropiada durante un período determinado de tiempo. Por tanto, la

conducta que se trata de eliminar se pone bajo extinción, mientras se refuerza cualquier otra conducta alternativa. Esta técnica también aparece con la denominación de entrenamiento de omisión.

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

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

Reforzamiento diferencial de conductas incompatibles o alternativas (RDI)

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

Para su aplicación hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

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

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

7.6.- Otras técnicas de modificación de conducta

7.6.1.- Manejo de contingencias

- Economía de fichas

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

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

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

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

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

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

fichas pueden hacerse constantes en el tiempo o bien desarrollarse sólo en determinados intervalos temporales.

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

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

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

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

Todas las economías de fichas incluyen un programa de desvanecimiento del sistema a medida que se van produciendo mejoras en la

conducta. Esto puede llevarse a cabo aumentando el tiempo entre las entregas de fichas, incrementando el criterio para la obtención de fichas, reduciendo del número de fichas ganadas por medio de las conductas objetivos, aumentando el número de fichas necesario para ganar los reforzadores de apoyo, o por alguna combinación de estos procedimientos

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

- Contratos conductuales

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

En este sentido, en un contrato conductual debe especificarse:

- a) La conducta o conductas que se espera que emita cada una de las personas implicadas.

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

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

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

7.6.2.- Técnicas de autocontrol

Los programas de autocontrol van a desarrollarse, teniendo como objetivo final que el individuo aprenda a ser su propio terapeuta. Se trata de hacer que el sujeto asuma progresiva y gradualmente su responsabilidad en el proceso de cambio, incorporando a su repertorio conductual todo lo

aprendido, de tal manera que sea capaz de ponerlo en marcha de manera casi automática ante las situaciones que sea necesario, o de generalizar el uso de las técnicas en el afrontamiento de problemas distintos de los que le hicieron comenzar con un programa de autocontrol.

La importancia de los programas de autocontrol viene fundamentada por las siguientes razones:

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

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

1. Autoobservación: en un primer momento habrá que enseñar al paciente a operativizar sus problemas, para posteriormente obtener datos acerca de las características topográficas y las relaciones funcionales de los mismos.
2. Establecimiento de objetivos: el paciente habrá de decidir qué nivel de control quiere alcanzar sobre la respuesta conflictiva.

3. Entrenamiento en técnicas concretas y establecimiento de criterios de ejecución: en esta fase se deciden las técnicas concretas de autocontrol en las que se entrenará al cliente. A su vez se establecen las reglas de conducta que guiarán todo el entrenamiento, es decir, qué se compromete a hacer el cliente y en qué momentos concretos.
4. Aplicación de las técnicas en contexto real: una vez que el entrenamiento se ha llevado a cabo en la consulta, el siguiente paso es la puesta en práctica de lo aprendido en su vida diaria.
5. Revisión de las aplicaciones con el terapeuta: una vez que el sujeto empieza a afrontar situaciones reales, la tarea en las sesiones con el terapeuta consistirá en revisar las aplicaciones concretas realizadas, analizando las dificultades y problemas surgidos para su solución.

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

Estos programas ofrecen, por una parte, la posibilidad de que el individuo aprenda a cambiar su comportamiento sin necesidad de la ayuda de un terapeuta, motivándole mediante la presentación de casos similares que consiguieron resolver el problema; por otra parte, aportan al sujeto ideas que le pueden permitir el aplicar y ajustar las técnicas a sus propios problemas aun cuando no sean los que específicamente se abordan.

Los beneficios, tanto individuales como sociales, derivados de la puesta en práctica de estrategias de autocontrol se harán más fácilmente accesibles y

de una manera menos costosa, que en el caso de una intervención individualizada al evitar en parte el coste emocional y de riesgo físico que determinadas conductas conllevan, así como el gasto económico que requiere su solución.

7.6.3.- Técnicas de modelado

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

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

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

- a) Preventiva: es decir, promoción de prácticas de mantenimiento de la salud, mejora del cuidado personal y de las personas allegadas.
- b) Tratamiento de problemas ya desarrollados: fobias y ansiedad, déficit en habilidades sociales y aserción.

c) Educación: entrenamiento de los agentes terapéuticos, cónyuges, padres, directivos o el propio cliente.

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

7.6.4.- Técnicas cognitivas

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

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

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

Puesto que el objetivo fundamental es enseñar a la persona a utilizar “autoinstrucciones” que le permitan guiar con éxito su propia conducta, es importante que sea el mismo sujeto, no el terapeuta, el que genere el mayor

número posible de autoverbalizaciones, según su tipo de vocabulario o su forma más habitual de expresión, (por ejemplo: ¡qué guay!, ¡qué estupendo!).

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

7.6.5.- Técnicas de solución de problemas

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

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

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARIOS

DOCUMENTOS
COMPLEMENTARIOS

LA TERAPIA COGNOSCITIVA: SU NATURALEZA Y SU RELACION CON LA TERAPIA COMPORTAMENTAL⁴

Aaron T. Beck

RESUMEN

Las innovaciones recientes en la modificación del comportamiento en gran parte han evitado que se estudie el papel que juegan los procesos cognoscitivos en la producción y el alivio de la sintomatología. Aunque los auto-informes de experiencias personales no pueden ser comprobados por otros observadores, estos datos introspectivos proporcionan hipótesis comprobables. Las correlaciones repetidas entre las medidas de constructos inferidos y los comportamientos observables han producido resultados consistentes en la dirección predicha. El estudio sistemático de los auto-informes sugiere que los sistemas de creencia, las expectativas, y las suposiciones de un individuo ejercen una fuerte influencia sobre su estado de bienestar, y también sobre su comportamiento directamente observable. Aplicando un modelo cognoscitivo, el terapeuta puede interpretar provechosamente el comportamiento neurótico en términos de los conceptos idiosincráticos que el paciente tiene de sí mismo y de su ambiente animado e inanimado. Los sistemas de creencia del individuo pueden ser contradictorios; o sea, el paciente puede simultáneamente creer en conceptualizaciones realistas y no realistas del mismo evento u objeto. Esta inconsistencia en las creencias podría explicar, por ejemplo, la razón por la cual un individuo puede reaccionar con miedo ante una situación inocua al mismo tiempo que se da cuenta de que no hay una razón para tener miedo.

La terapia cognoscitiva basada en la teoría cognoscitiva, está diseñada para modificar la ideación idiosincrática y maladaptada del individuo. La técnica cognoscitiva básica consiste en delinear las específicas

⁴ Este artículo se puede considerar “un clásico”. Se publicó en el libro de R. Ardila “Terapia del comportamiento (DDB) en 1980

misconcepciones, distorsiones, y presupuestos mal adaptados del individuo, y probar su validez y su razonabilidad. Por medio de la reducción del control de su persistente ideación distorsionada, se permite que el paciente formule sus experiencias más realísticamente. La experiencia clínica, y también algunos estudios experimentales, indican que tales reestructuraciones cognoscitivas conducen a un alivio de los síntomas.

Dos sistemas de psicoterapia que han ganado recientemente prominencia, han producido un aumento en la cantidad de estudios clínicos y experimentales. La terapia cognoscitiva⁵, la más reciente adición al campo de la psicoterapia y la terapia del comportamiento, muestran ya signos de estarse institucionalizando.

Aunque la terapia del comportamiento ha sido difundida en gran cantidad de artículos y monografías, la terapia cognoscitiva ha recibido mucho menos reconocimiento. A pesar de que la terapia del comportamiento está basada en la teoría del aprendizaje mientras que la terapia cognoscitiva tiene sus raíces en la teoría cognoscitiva, estos dos sistemas de psicoterapia tienen mucho en común.

Primero, en ambos sistemas de psicoterapia, la entrevista terapéutica está más abiertamente estructurada y el terapeuta es más activo que en otras psicoterapias. Después de las entrevistas preliminares de diagnóstico en las cuales se obtiene una descripción sistemática y altamente detallada de los problemas del paciente, tanto el terapeuta cognoscitivo como el terapeuta comportamental describen los síntomas presentes del paciente (en términos cognoscitivos o comportamentales, respectivamente) y diseñan conjuntos específicos de operaciones para áreas específicas de problemas.

Después de delinear estas áreas para el trabajo terapéutico, el terapeuta explícitamente instruye al paciente sobre los tipos de respuesta de comportamientos que son benéficos en cada forma de terapia. Por ejemplo, se le presentan al paciente instrucciones detalladas para estimular fantasías pictóricas (desensibilización sistemática) o para facilitar la percepción y el

⁵ ELLIS (1957), usaba el término «Terapia Racional», que cambió después por «Terapia Racional-Emotiva».

reconocimiento de sus cogniciones (terapia cognoscitiva). Las metas de estas terapias están circunscritas y determinadas, en contraste a las terapias evocativas cuyas metas son abiertas (Frank, 1961).

Segundo, tanto los terapeutas cognoscitivos como los comportamentales dirigen sus técnicas terapéuticas hacia el síntoma abierto o hacia el problema de comportamiento, tales como una fobia específica, una obsesión, o un síntoma histérico. Sin embargo, el objetivo es un poco diferente. El terapeuta cognoscitivo se centra más en el contenido ideacional del síntoma, o sea, en las inferencias y premisas irracionales. El terapeuta comportamental se centra en el comportamiento abierto, por ejemplo, en las respuestas desadaptativas de evitación. Ambos sistemas psicoterapéuticos conceptualizan la formación de síntomas en términos de constructos que son accesibles, sea a las observaciones comportamentales o a la introspección, en contraste con el psicoanálisis, que considera que la mayoría de los síntomas son derivados de conflictos inconscientes.

Tercero, en contraste también con la terapia psicoanalítica, ni la terapia cognoscitiva ni la terapia comportamental utilizan en forma sustancial recuerdos o reconstrucciones de las relaciones familiares y de las experiencias de la niñez del paciente. Además, el énfasis de correlacionar los problemas actuales con los acontecimientos del desarrollo del paciente es menos prominente que en la psicoterapia psicoanalítica.

Un cuarto punto en común entre estos dos sistemas es que sus paradigmas teóricos excluyen muchas de las suposiciones psicoanalíticas tradicionales tales como la sexualidad infantil, las fijaciones, el inconsciente, y los mecanismos de defensa. Los terapeutas cognoscitivos y comportamentales pueden basar sus estrategias terapéuticas en los datos introspectivos proporcionados por el paciente; sin embargo, generalmente toman en forma literal los auto-informes de los pacientes⁶, y no hacen la clase de abstracciones de alto nivel que son características de la formulación psicoanalítica.

⁶ Aunque el paciente no está inmediatamente conciente del contenido de sus actitudes y patrones desadaptados, este concepto no es «inconsciente» en el sentido psicoanalítico y es accesible a la introspección del paciente. Además a diferencia de

Finalmente, una de las principales suposiciones de las terapias cognoscitivas y comportamentales es que el paciente ha adquirido los patrones de reacción desadaptativos y que por lo tanto estos pueden ser «desaprendidos», sin que sea necesario que obtengan insight sobre el origen del síntoma.

Una de las principales ventajas de la terapia comportamental ha sido el gran número de experimentos bien diseñados que respaldan sus presupuestos básicos. Aunque son más recientes, se han descrito también varios estudios sistemáticos que sustentan las bases de la terapia cognoscitiva (Carlson, Travers y Schwab, 1969; Jones, 1968; Krippner, 1964; Loeb, Beck, Diggory, y Tuthill, 1967; Rimm y Litwak, 1969; Velten, 1968). Los pocos estudios controlados acerca de los resultados de la terapia cognoscitiva (Ellis, 1957; Trexler y Kertst, 1969) nos dan evidencias preliminares de la efectividad de dicha terapia.

Hay diferencias obvias entre las técnicas usadas en la terapia comportamental y en la terapia cognoscitiva. Por ejemplo, en la desensibilización sistemática, el terapeuta comportamental induce una secuencia predeterminada de imágenes pictóricas alternándolas con períodos de relajación. El terapeuta cognoscitivo por otra parte, confía más en los pensamientos que el paciente espontáneamente experimenta y reporta. Estas cogniciones, sin importar que sean pictóricas o verbales, son el objetivo del trabajo terapéutico. Sin embargo, las distinciones técnicas entre estos dos sistemas de psicoterapia muchas veces se diluyen. Por ejemplo, el terapeuta cognoscitivo induce imágenes para clarificar los problemas (Beck, 1967, 1970), mientras que el terapeuta comportamental usa técnicas verbales tales como «la detención del pensamiento» (Wolpe y Lazarus, 1966).

La diferencia teórica más sobresaliente entre las terapias cognoscitiva y comportamental radica en los conceptos utilizados para explicar la disolución de las respuestas desadaptativas por medio de la terapia. Wolpe, por ejemplo, utiliza explicaciones neurofisiológicas o comportamentales tales como la inhibición recíproca o el contra-condicionamiento; los

muchas formulaciones psicoanalíticas, las inferencias pueden probarse por las técnicas de investigación actualmente disponibles

cognoscitivistas, por otra parte, postulan la modificación de sistemas conceptuales como por ejemplo, los cambios de actitudes y de formas de pensar. Como veremos más adelante, muchos terapeutas comportamentales explícitamente reconocen la importancia de los factores cognoscitivos en la terapia, aunque no profundizan en ellos. (Davison, 1968; Lazarus, 1968).

LAS TECNICAS DE LA TERAPIA COGNOSCITIVA

La terapia cognoscitiva puede definirse de dos maneras: En un sentido amplio cualquier técnica cuya forma principal de acción es la modificación de pautas erradas de pensamiento, puede ser considerada como terapia cognoscitiva. Esta definición incluye todas las operaciones terapéuticas que indirectamente afectan los patrones cognoscitivos, tanto como las operaciones que los afectan directamente (Frank, 1961). Por ejemplo, las imágenes distorsionadas que el individuo tiene de sí mismo y de su mundo pueden ser corregidas por medio del insight sobre los antecedentes históricos de sus interpretaciones erróneas (como en la psicoterapia dinámica), por medio de una mayor congruencia entre el concepto de sí mismo y el ideal (como en la terapia de Rogers), y por medio de un reconocimiento más claro de la irrealidad de sus temores (como en la desensibilización sistemática).

Sin embargo, la terapia cognoscitiva se define más estrechamente como un conjunto de operaciones centradas sobre las cogniciones del paciente (verbales y pictóricas) y sobre las premisas, presupuestos y actitudes fundamentales de estas cogniciones. Esta sección describirá las técnicas específicas de la terapia cognoscitiva.

EL RECONOCIMIENTO DE LAS COGNICIONES IDEOSINCRATICAS

Una de las principales técnicas cognoscitivas consiste en entrenar al paciente a reconocer sus cogniciones «ideosincráticas» o «pensamientos automáticos» (Beck, 1963). Ellis (1962) se refiere a estas cogniciones como «afirmaciones internalizadas» o «auto-afirmaciones» y las explica al paciente

como ideosincráticas porque reflejan una evaluación errónea, que va desde una distorsión moderada a una interpretación completamente errónea, y porque están dentro de una pauta que es peculiar a un individuo específico o a un estado psicopatológico particular.

En el paciente con trastornos agudos, la ideación distorsionada frecuentemente está en el centro del campo fenomenológico del paciente. En tales casos, el paciente es muy consciente de tales pensamientos idiosincráticos y puede describirlos fácilmente. Por ejemplo, el paciente con paranoia aguda está bombardeado con pensamientos de persecución, abuso, o discriminación por parte de otras personas. En el neurótico moderado, las ideas distorsionadas generalmente están en la periferia de la conciencia⁷. Por eso, es necesario motivar y entrenar al paciente neurótico moderado a atender a tales pensamientos.

Muchos pacientes que reportan efectos desagradables, describen una secuencia consistente en un evento específico (estímulo externo) que conduce a un efecto desagradable. Por ejemplo, el paciente puede describir la secuencia siguiente: (a) ver a un viejo amigo, y después (b) experimentar un sentimiento de tristeza. Muchas veces la tristeza es inexplicable para el paciente. Otra persona (a) oye que alguien perdió la vida en un accidente de tránsito, y (b) siente ansiedad. Sin embargo, no puede establecer una conexión directa entre estos dos fenómenos, o sea que hay un eslabón perdido en esta secuencia.

En estos casos en que un acontecimiento específico produce un efecto desagradable, es posible discernir una variable intermedia, o sea una cognición, que forma el puente entre el estímulo externo y el sentimiento subjetivo. Ver a un viejo amigo hace que el individuo piense «No será como en los viejos tiempos» o «No me aceptará como hacía antes». Entonces la cognición genera tristeza. El informe de un accidente de tránsito estimula una imagen pictórica en la cual el paciente mismo es víctima del accidente. Entonces la imagen produce ansiedad.

⁷ Por supuesto, en la neurosis obsesiva las ideas ideosincráticas son centrales, y el paciente tiene dificultad para ignorarlas.

Este paradigma puede ilustrarse más ampliamente por medio de ejemplos. Un paciente que fue tratado por el autor se quejaba de que sufría ansiedad cada vez que veía un perro (ELLIS, 1962, describe un caso similar). Estaba perplejo por el hecho de que sentía ansiedad incluso cuando el perro estaba encadenado o enjaulado, o cuando era incapaz de hacerle daño. Al paciente se le instruyó: «Preste atención a los pensamientos que le pasen por la mente la próxima vez que vea un perro, cualquier perro». En la siguiente entrevista, el paciente informó que en numerosos encuentros con perros, entre las consultas, había reconocido un fenómeno del cual no se había dado cuenta previamente: cada vez que veía un perro tenía el pensamiento «me va a morder».

Pudiendo detectar las cogniciones intervinientes, el paciente pudo entender la razón de su ansiedad; consideraba indiscriminadamente peligroso a cualquier perro. Dijo, «inclusive tuve ese pensamiento cuando vi un perrito pequeño. Con eso me di cuenta de que era ridículo pensar que un perrito pudiera herirme». También reconoció que cuando vio un perro muy grande con cadena, pensó en las consecuencias peores: «El perro saltará y me sacará un ojo», o «Saltará y me morderá la vena yugular y me moriré». En 2 ó 3 semanas, el paciente pudo librarse completamente de la fobia que siempre había tenido hacia los perros, sencillamente reconociendo sus cogniciones cuando veía un perro.

Otro ejemplo fue el de un universitario que sufría de ansiedad inexplicable en situaciones sociales. Después de ser entrenado para examinar y escribir sus cogniciones, informó que en situaciones sociales tenía pensamientos tales como, «Piensan que me veo muy mal», o «Nadie querrá hablar conmigo», o «No caigo bien aquí». Estos pensamientos iban seguidos de ansiedad.

Un paciente se quejó de que se enojaba crónicamente con todas las personas que veía, pero no podía explicar su respuesta de enojo hacia ellas. Después de un entrenamiento en reconocer sus cogniciones, informó tener pensamientos tales como «Se está aprovechando de mí» o «El piensa que soy fácil de explotar», o «Se está tratando de aprovechar». Inmediatamente después de tener estos pensamientos, se sentía enojado con el individuo hacia

el cual iban dirigidos. También se dio cuenta de que no había una base real para considerar a las personas de esta manera tan negativa.

A veces, la cognición puede tomar una forma pictórica en vez de, o además de, la forma verbal (Beck, 1970). Una mujer que sentía ansiedad cuando cruzaba un puente logró reconocer que la ansiedad iba precedida por la imagen pictórica de su carro rompiendo la valla y cayéndose del puente. Otra mujer, con miedo de caminar sola, encontró que sus ataques de ansiedad aparecían después de las imágenes en las cuales se veía sufriendo un ataque al corazón sin que nadie le ayudara y que moría en la calle. Un universitario descubrió que su ansiedad al salir de su residencia por la noche estaba producida por fantasías visuales de ser atacado.

Las cogniciones idiosincráticas (pictóricas o verbales) son muy rápidas y frecuentemente pueden contener una idea compleja que se comprime en un período de tiempo muy corto, incluso en menos de un segundo. Estas cogniciones se experimentan como si fueran automáticas, o sea que parecen surgir como si fueran un reflejo en vez de deberse al razonamiento o a la deliberación. También parecen ser involuntarias. Por ejemplo, una persona profundamente ansiosa, deprimida o paranoide puede experimentar continuamente las cogniciones idiosincráticas, aunque trate de reprimirlas. Además, al paciente, estas cogniciones tienden a parecerle completamente factibles.

EL DISTANCIAMIENTO

Incluso después de que un paciente ha aprendido a identificar sus ideas idiosincráticas, puede tener dificultad para examinar tales ideas objetivamente. El pensamiento frecuentemente tiene la misma clase de realismo que la percepción de un estímulo externo. El «distanciamento» se refiere al proceso de lograr objetividad hacia esas cogniciones. Como el individuo neurótico tiende a aceptar la validez de sus pensamientos idiosincráticos sin sujetarlos a ninguna clase de evaluación crítica, es primordial entrenarlo a distinguir entre sus pensamientos y la realidad externa, entre hipótesis y hechos. Los pacientes frecuentemente se sorprenden

al descubrir que han estado igualando las inferencias con la realidad y que le han dado un grado alto de validez a sus conceptos distorsionados.

El dictamen terapéutico que se le presenta al paciente es como sigue: El simple hecho de que él piensa algo no necesariamente significa que sea cierto. Aunque tal dictamen puede parecer ser una cosa trivial, el autor ha encontrado con una regularidad sorprendente que estos pacientes se benefician si se les recuerda repetidamente que los pensamientos no son equivalentes a la realidad externa.

Una vez que el paciente puede «objetivizar» sus pensamientos, está listo para las etapas posteriores de pruebas de realidad: la aplicación de reglas de evidencia y de lógica y la consideración de explicaciones alternativas.

LA CORRECCION DE LAS DISTORSIONES Y DEFICIENCIAS COGNOSCITIVAS

El autor ya ha indicado que los pacientes tienen pensamientos erróneos o desordenados en ciertas áreas específicas de la experiencia. En estas áreas específicas, tienen una habilidad reducida para hacer discriminaciones finas y tienden a crear juicios globales y no diferenciados. Una parte de la tarea de la terapia cognoscitiva es ayudar al paciente a reconocer tales pensamientos erróneos y a hacer las correcciones apropiadas. Con frecuencia es benéfico para el paciente especificar el tipo de pensamiento ilógico que está implicado en sus respuestas cognoscitivas.

La inferencia arbitraria se refiere al proceso de llegar a una conclusión cuando se carece de evidencias o éstas son contrarias a la conclusión. Este tipo de pensamiento desviado generalmente toma la forma de despersonalización (o de la auto-referencia). Un paciente deprimido que observó el ceño fruncido de alguien que pasaba, pensó: «Está disgustado conmigo». Una muchacha fóbica de 21 años, mientras leía acerca de una mujer que había sufrido un ataque cardíaco, pensó: «Yo probablemente sufro del corazón». Una mujer deprimida a la que el terapeuta dejó en la sala de espera por unos minutos, pensó: «El se fue intencionalmente para evitar atenderme».

La sobregeneralización se refiere al proceso de hacer una generalización injustificada con base en un solo incidente. Puede ser como el caso del hombre con fobia hacia los perros, que generalizaba que si un perro lo atacó, los demás perros también le iban a atacar. Otro ejemplo es el paciente que piensa: «Nunca tengo éxito en nada» cuando ha tenido un solo fracaso.

La magnificación se refiere a la tendencia a exagerar el significado o la significancia de un acontecimiento específico. Por ejemplo, una persona con miedo a la muerte interpretaba cada sensación desagradable o de dolor en su cuerpo como signo de una fatal enfermedad, como el cáncer, un ataque cardíaco, o una hemorragia cerebral. Ellis (1962) aplicó el término «crear catástrofes» a esta clase de reacción. Como se hizo notar antes, muchas veces es útil que el paciente le dé un nombre a la aberración específica a la cual se refiere su cognición no adaptativa. Una vez que el paciente ha establecido firmemente que un tipo específico de cognición tal como «Ese perro va a morderme» no es válida, estará en capacidad de corregir tal cognición en las siguientes ocasiones. Por ejemplo, su respuesta racionalmente planeada ante el estímulo de un perrito pequeño sería, «Realmente es sólo un animalito inofensivo y hay solamente una remota posibilidad de que me muerda, e incluso si lo hace no me causaría ningún daño grave».

La deficiencia cognoscitiva se refiere al hecho de no tomar en cuenta un aspecto importante de una situación vital. Los pacientes con este defecto ignoran, no integran, o no utilizan la información derivada de la experiencia. Consecuentemente, tal paciente se comporta como si tuviera un defecto en su sistema de expectativas; de manera consistente se ocupa en comportamientos que después reconoce como contraproducentes. Esta clase de pacientes incluyen a aquellos que «actúan» sus cogniciones erradas, o sea, os psicópatas, y también a aquellos cuyo comportamiento abierto obstaculiza metas personales importantes. Estos individuos sacrifican las satisfacciones a largo plazo o se exponen a sufrimientos o a peligros posteriores en favor de las satisfacciones inmediatas. Esta categoría incluye problemas como el del alcoholismo, la obesidad, la drogadicción, las desviaciones sexuales y compulsión a apostar en el juego.

Los pacientes con déficits en la capacidad de anticipación muestran dos características principales: primero, cuando se dejan llevar por sus deseos de dedicarse a actividades peligrosas, contraproducentes, o antisociales, se olvidan de las consecuencias probables de su acción. En tales ocasiones evitan pensar en las consecuencias, concentrándose solamente en la actividad presente. A veces fortifican este modus operandi por medio de sistemas complicados de auto-engaños, tales como: «No me causarán ningún daño si me suelto ahora». Segundo, sin tener en cuenta el número de veces en las cuales el paciente «se quema» como resultado de sus acciones no adaptativas, no parece integrar a su comportamiento las relaciones de causa y efecto.

La terapia en tales casos consiste en entrenar al paciente a pensar sobre las consecuencias tan pronto se manifiestan sus deseos contraproducentes. La consideración de las pérdidas a largo plazo debe intercalarse forzosamente en el intervalo entre el impulso y la acción. Por ejemplo, un paciente que continuamente conducía su automóvil a más de la velocidad límite y cruzaba semáforos en rojo, se sorprendía cada vez que era interceptado por un policía de tránsito. Al ser entrevistado se descubrió que el paciente generalmente se absorbía en fantasías mientras conducía su auto, se imaginaba que era un famoso corredor de autos en la carrera. Al principio la terapia consistió en tratar que observara el velocímetro, pero sin éxito. La siguiente táctica consistió en inducir fantasías de exceder el límite aceptable de velocidad, ser interceptado y recibir un castigo. Al principio el paciente tenía gran dificultad para visualizar que sería interceptado, aunque en general no tenía ningún problema en fantasear acerca de cualquier cosa. Sin embargo, después de varias sesiones de fantasías inducidas, pudo introducir un resultado negativo en sus fantasías, hacer que terminaran mal. Subsecuentemente cesó de soñar despierto mientras conducía su auto y le fue posible observar las reglas de tránsito.

En el siguiente caso se ilustran varias técnicas cognoscitivas dirigidas a modificar la inclinación a la ansiedad.

REPORTE DE UN CASO⁸

La señora C., de 27 años, era la atractiva madre de 3 niños. Cuando la vio primeramente este autor, se quejaba de sufrir períodos de ansiedad que duraban hasta 6 ó 7 horas diarias, y que habían ocurrido repetidamente durante un período de 4 años. La paciente había consultado a su médico familiar y le había recetado una cantidad de sedantes incluyendo Torazina, sin que se lograra ninguna aparente mejoría.

En el análisis de la secuencia causa-efecto de su ansiedad, se encontraron los siguientes hechos: El primer episodio de ansiedad ocurrió dos semanas después de haber sufrido un aborto. En esa ocasión había estado inclinándose para bañar a su hijo de 1 año y de repente empezó a sentir que se desmayaba. Después de este episodio, tuvo su primer ataque de ansiedad, que le duró varias horas. La paciente no pudo encontrar ninguna explicación a su ansiedad. Sin embargo, cuando el autor le preguntó si había tenido algún pensamiento en el momento en que se había sentido ue se caía, ella recordó haber pensado: «Qué tal si me desmayo y le causo año al bebé». Parece plausible que a su mareo, que fue probablemente el resultado de anemia después del aborto, siguió el miedo de desmayarse y dejar caer al bebé de un año. El miedo produjo la ansiedad, que ella interpretaba como señal de que se «estaba enloqueciendo».

Antes de su aborto, la paciente había sido una persona relativamente sin preocupaciones y no había experimentado ningún episodio de ansiedad. Sin embargo, después del aborto, periódicamente pensaba: «Pueden ocurrirme cosas malas». Subsecuentemente, cuando sabía que alguien se había enfermado, frecuentemente pensaba: «Eso me puede suceder a mí», y empezaba a sentir ansiedad.

Se instruyó a la paciente para que tratara de identificar los pensamientos que precedían a sus episodios de ansiedad. En la siguiente entrevista, informó los siguientes acontecimientos:

⁸ Esta paciente fue tratada en colaboración con el Dr. William Dyson

1. Una tarde se había enterado de que el esposo de una amiga tenía una seria infección pulmonar. Entonces tuvo un ataque de ansiedad que duró varias horas. De acuerdo con las instrucciones, ella trató de recordar la cognición precedente, que fue: «Tom podría enfermarse así y tal vez morir».
2. Ella sufría considerable ansiedad poco antes de salir a casa de su hermana. Trató de recordar y se dio cuenta de que había tenido pensamientos repetidos de que enfermaría durante el viaje. Había sufrido un serio ataque de gastroenteritis en un viaje anterior a la casa de su hermana. Evidentemente creía que tal malestar le podía suceder nuevamente.
3. En otra ocasión, se estaba sintiendo incómoda y los objetos le parecían un poco irreales. Tuvo el pensamiento de que se estaba enloqueciendo e inmediatamente experimentó un ataque de ansiedad.
4. Uno de sus amigos fue internado en un hospital del Estado por una enfermedad mental. La paciente pensó: «Esto puede ocurrirme a mí. Yo puedo volverme loca». Cuando se le preguntó por qué sentía miedo de volverse loca, dijo que tenía miedo de que al enloquecer podría causar daño a sus niños o a sí misma.

Fue evidente que el miedo crucial de la paciente era la anticipación de perder el control, a causa de un desmayo o porque se volviera psicótica. A la paciente se le aseguró que no presentaba señales de psicosis. También se le dio una explicación del origen de su ansiedad y de su elaboración secundaria con base en el significado de estos ataques.

El principal método terapéutico en este caso fue ayudar a la paciente a recordar y reflexionar acerca de los pensamientos que precedían a sus ataques de ansiedad. Al darse cuenta de que los ataques eran iniciados por una cognición, y rio por una fuerza vaga y misteriosa, se convenció de que no era completamente vulnerable ni tampoco incapaz de controlar sus reacciones. Además, al poder señalar cuáles de sus pensamientos le podían servir para reducir la ansiedad, le fue posible ver la problemática en conjunto y someter

sus pensamientos a prueba de realidad. Consecuentemente le fue posible anular los efectos de los pensamientos productores de ansiedad. Durante las siguientes sesiones, sus ataques de ansiedad se presentaron con menos frecuencia y con menor intensidad, y al cabo de 4 semanas desaparecieron por completo.

DIFERENCIAS EN EL MARCO CONCEPTUAL ENTRE LA TERAPIA COMPORTAMENTAL Y LA TERAPIA COGNOSCITIVA

Los terapeutas comportamentales conceptualizan los trastornos del comportamiento y los procedimientos utilizados para aminorarlos, dentro de un marco técnico tomado de la teoría psicológica del aprendizaje y especialmente basándose en los conceptos del condicionamiento clásico y operante. Como estos conceptos se han derivado principalmente de experimentos con animales, los terapeutas se centran en el comportamiento observable del organismo. En efecto, la mayoría de los estudios publicados en el campo de la terapia comportamental tienden a descartar los estados psicológicos inferidos e hipotéticos que no pueden ser directamente observados o medidos. Los conceptos y los principios basados en los referentes inmediatos del ambiente del organismo tienen la ventaja de la parsimonia, la comprobabilidad, la posibilidad de cuantificación y la confiabilidad. Sin embargo, este marco no acomoda fácilmente nociones referentes a estados psicológicos internos tales como pensamientos, actitudes y otros similares, que comunmente utilizamos para entendernos a nosotros mismos, y a las demás personas. Los terapeutas cognoscitivos están más dispuestos a usar como datos clínicos estos estados psicológicos inferidos, que colectivamente se denominan «cogniciones». Consecuentemente se tienen en cuenta directamente conjuntos grandes y útiles de variables.

En años recientes varios autores en el área de la terapia del comportamiento (Brady, 1967; Davison, 1968; Folkins, Lawson, Opton y Lazarus- 1968; Lazarus, 1968; Leitenberg, Agras, Barlow y Oliveau, 1969; London, 1964; Mischel, 1968; Murray y Jacobson, 1969; Sloane, 1969; Valine y Ray, 1967; Weitzman, 1967), han reconocido la importancia de los constructos

mediadores o de los procesos cognoscitivos en la terapia del comportamiento. Sin embargo, tales formulaciones cognoscitivas han sido breves en su mayor parte. Se requiere una ampliación sustancial de la naturaleza de los procesos cognoscitivos para explicar adecuadamente los fenómenos clínicos y los efectos de la intervención terapéutica (véase Weitzman, 1967).

Un mayor énfasis en las descripciones del individuo de sus eventos internos puede llevar a una visión más completa de la psicopatología humana y de los mecanismos del cambio comportamental. Utilizando datos introspectivos el teórico cognoscitivo tiene acceso a los pensamientos, ideas, actitudes, sueños y ensueños del paciente. Estas producciones ideacionales le proporcionan la materia prima con la cual puede formar conceptos y modelos. Tales conceptos pueden también generar hipótesis que den base a experimentos controlados en pacientes psiquiátricos. Los datos introspectivos tales como los sueños y las cogniciones también se han adaptado a la investigación sistemática.

El estudio y el análisis de los datos introspectivos sugiere que la organización cognoscitiva, lejos de ser meramente un eslabón de la cadena del estímulo y la respuesta, es un sistema casi autónomo por derecho propio. Aunque este sistema generalmente interactúa en gran parte con el medio ambiente, puede ser en ocasiones relativamente independiente del medio ambiente; por ejemplo, cuando el paciente tiene ensueños o cuando cae en un estado anormal, tal como la depresión.

Al entrar a la matriz psicológica, por decirlo así, el teórico cognoscitivo logra iluminar considerablemente su actividad. Los datos introspectivos indican la existencia de organizaciones complejas de estructuras cognoscitivas que toman parte en los procesos de discriminación de los estímulos externos, en la interpretación de la experiencia, en el almacenamiento y el recuerdo selectivo, y en el establecimiento de metas y planes (Harvey, Hunt y Schroder, 1961). Los datos sugieren que las organizaciones cognoscitivas son muy activas y que son mucho más que un simple camino entre el estímulo y la respuesta.

UN MODELO COGNOSCITIVO DE LA PSICOPATOLOGIA

La organización cognoscitiva total parece estar compuesta de sistemas primitivos consistentes en estructuras cognoscitivas relativamente incompletas (correspondiendo a la noción de Freud de proceso primario) y de sistemas más maduros compuestos por estructuras refinadas y elásticas (correspondiendo al proceso secundario). Algunos de los elementos conceptuales pueden ser predominantemente verbales, mientras otros pueden ser predominantemente pictóricos.

Muchos de los conceptos primitivos son ideosincráticos y poco realistas. Bajo condiciones ordinarias de vigilia, estos conceptos ideosincráticos parecen ejercer sólo efectos mínimos o esporádicos en el pensamiento integrado del individuo. Las cogniciones extrañas o irracionales que surgen del sistema primitivo son generalmente sometidas a prueba, autenticadas y rechazadas por los centros superiores. Sin embargo, Cuando la organización cognoscitiva está desubicada, como en los estados de depresión, ansiedad o paranoia, estos conceptos ideosincráticos son hiperactivos. En tales circunstancias, los sistemas conceptuales producen una poderosa corriente de pensamientos depresivos, atemorizantes, o paranoicos. Como estas ideas ideosincráticas se tornan hiperactivas, tienden a suplantar las conceptualizaciones más realistas y llegan a ser más refractarias a la prueba de la realidad y al juicio.

La forma que asuma la enfermedad psiquiátrica se relaciona con el contenido de las cogniciones verbales o de las fantasías que sean predominantes y perseverantes. Ejemplo, los pacientes deprimidos reportan en sus pensamientos diversos, una alta frecuencia de temas relacionados con la privación o la auto-degradación, y lo mismo ocurre en sus sueños y ensueños. Los pacientes ansiosos están dominados por el concepto de peligro personal específico o generalizado. Los pacientes paranoicos están controlados por pautas relacionadas con el abuso y la persecución injustificada. El paciente fóbico tiene nociones desproporcionadas e irreales de peligro personal en situaciones específicas y evitables. (Cuando se le fuerza a entrar en estas situaciones, experimenta una ansiedad casi igual a la del neurótico). El

paciente compulsivo está dominado por dudas o temores de peligro para sí mismo o para otros, y busca poner fin a las dudas y miedos por medio de rituales.

LA EXPLICACION DEL CAMBIO TERAPEUTICO

¿Cómo explica el modelo cognoscitivo los efectos terapéuticos de las terapias cognoscitivas o comportamentales en estados tales como las depresiones, las reacciones de ansiedad o las fobias?

En primer lugar, la situación terapéutica produce un efecto calmante en la organización hiperactiva (Rachman, 1968). El efecto calmante puede ser el resultado de la simpatía y aceptación del terapeuta (Traux y Carkhuff, 1967), de sus instrucciones específicas de relajación (Wolpe y Lazarus, 1966), o de su aprobación verbal explícitamente manifestada (Wagner y Cauthen, 1968). Los efectos calmantes también pueden ser producidos utilizando instrucciones automatizadas de relajación (Lang, 1969). En el tratamiento de las fobias, el efecto calmante se introduce después de que los esquemas relacionados con la fobia han sido artificialmente estimulados por la instrucción referente a la imaginación. Como han indicado Lader y Mathews (1968), reducir el nivel de excitación a menos de un cierto punto crítico tiende a facilitar la habituación (o la desensibilización).

En segundo lugar, la sesión terapéutica ofrece al paciente la oportunidad de experimentar y comprobar la realidad de sus cogniciones verbales o pictóricas que se relacionan en forma causal con su estado de depresión o ansiedad.

Este modo de operación puede ilustrarse con el tratamiento de una fobia por medio de la desensibilización sistemática. En este procedimiento, el paciente reproduce la situación fóbica en sus fantasías y experimenta el mismo tipo de ansiedad (pero en menor grado) que le ocurriría si estuviera realmente en situación fóbica. Si el paciente está realmente en la situación fóbica o si está simplemente fantaseando con la situación, cree, en cierto grado, que está en peligro. Cuanto más cree el paciente en la realidad del peligro mayor es su

ansiedad. A veces su fantasía es tan fuerte que el paciente pierde conciencia del hecho de que no está realmente en la situación fóbica, e incluso grita pidiendo ayuda.

Muchos pacientes informan que su experiencia de fantasías son casi idénticas a las verdaderas experiencias situacionales. El paciente puede vivir el suceso atemorizante de la misma manera como el paciente con una neurosis de combate revive una experiencia de combate bajo hipnosis o Amital.

En la desensibilización sistemática, el paciente puede experimentar el problema en dosis graduales. Este proceso le permite, primero, experimentar el suceso desagradable (en forma imaginaria) y, segundo, probar la realidad de sus reacciones en estatus nascetidi. Como no se permite que su ansiedad crezca demasiado, el paciente es capaz de mirar el evento objetivamente. Incluso cuando se usa la técnica implosiva o de inundación (Stampfl y Levis, 1968), el paciente tiene la oportunidad, cuando se ha terminado la fantasía, de examinar su reacción, y pronto se da cuenta de que ha estado reaccionando a una fantasía y no a un peligro verdadero.

Otra manera de ver el proceso de desensibilización es notando que al paciente se le lleva a aumentar su objetividad, o sea, a discriminar entre un peligro real y un peligro imaginario, mientras asciende en progresión escalonada en la jerarquía de la desensibilización. Con más objetividad, tiene menos tendencia a interpretar mal la situación o a aceptar su conceptualización poco realista de una situación. Su nueva objetividad se refleja en la reducción de la ansiedad ante una situación real o imaginaria (London, 1964).

Los pacientes a los que se les interroga al término de una fantasía inducida, interpretan la situación amenazante diferentemente y en forma más realista que antes (Beck, 1970). La forma de actuar los factores cognoscitivos en la desensibilización también ha sido ilustrada por medio de casos en Brown (1967) y Waitzman (1957).

Puede argumentarse que el paciente fóbico realmente sabe que no hay ningún peligro. Sin embargo, la creencia de que su miedo es irracional solamente existe cuando el paciente está «en situación de seguridad» lejos de

la situación fóbica. Cuando se encuentra en la situación temida, cree en cierta forma que está realmente en peligro. La desensibilización es efectiva porque la proporciona una sesión efectiva en la cual el paciente puede experimentar sus reacciones ante la situación temida, reconocerlas como inapropiadas, y llegar a cierta convicción interna de que la reacción fóbica es irracional.

El mismo modo de operación descrito en relación con la desensibilización sistemática puede observarse en las técnicas de la terapia cognoscitiva. En la psicoterapia cognoscitiva, el paciente examina sus ideas distorsionadas y se le entrena para que discrimine entre las ideas racionales y las irracionales, entre la realidad y su elaboración interna. Se le facilita que pruebe la realidad de las cosas y aplique su juicio. Así puede darse cuenta y convencerse de que sus ideas ideosincráticas son irracionales. La ideación con frecuencia, toma la forma de fantasías pictóricas, y el paciente puede visualizar su fantasía como producto de su mente y no como la representación verídica de una situación real.

De acuerdo a este análisis, un mecanismo crucial en la cadena psicoterapéutica es una modificación o cambio en el sistema ideacional del paciente. Al desactivarle su concepto irracional de que está paralizado (histeria), sin ayuda y sin esperanza (depresión), en peligro (ansiedad o fobia), perseguido (estado paranoico), o con poderes suprahumanos (manía), el cuadro clínico anormal desaparece.

EL MECANISMO DE TRANSFERENCIA O GENERALIZACION

La transferencia de la desensibilización ante la situación fóbica puede ser fácilmente explicada utilizando conceptos cognoscitivos. Cuando el paciente no ha sido tratado y se encuentra en la situación fóbica (por ejemplo, en un ascensor, un túnel, o un puente) reacciona como si hubiera un peligro claro y real para su vida. Su reacción emocional, o sea, su ansiedad, es la misma que podría surgir si realmente existiera ese peligro altamente probable.

Por ejemplo, una mujer con fobia a los ascensores cada vez que entre en un ascensor puede tener la siguiente idea: «No habrá suficiente aire aquí y me

asfixiaré». A veces tendrá la imagen visual de que está buscando aire y se asfixia. Además, ella experimentará falta de aire. Esta experiencia ocurre incluso cuando ella es la única persona en un ascensor grande y aireado. (El miedo a los ascensores tiene un contenido diferente de un paciente a otro. Otros pacientes creen que los cables del ascensor se van a romper durante el ascenso o el descenso, o que el ascensor se trabará y ellos morirán de hambre, o de que serán atacados por otras personas en el ascensor). Pero cuando la paciente se aleja del ascensor, cree que la expectativa de asfixia era poco razonable.

En la sesión terapéutica el paciente imagina que está en una situación fóbica. Por ejemplo, la paciente con fobia a los ascensores, empezó a abrir la boca buscando aire cuando se le dijo que imaginara que estaba dentro del ascensor. Por su descripción y por la observación externa parece que durante su fantasía la paciente vive la situación como si en realidad estuviera ocurriendo. En otras palabras, la mujer con la fobia a los ascensores que está simplemente imaginándose en el ascensor, en cierto grado es arrastrada por la fantasía y en cierto grado se percibe como si estuviera en el ascensor. Por eso el miedo a asfixiarse se estimula incluso en la seguridad del consultorio.

Al experimentar su inadecuada reacción durante el procedimiento de desensibilización, la paciente es capaz de ver sus temores más objetivamente.

La transferencia o la generalización a la situación de la vida real puede explicarse de dos maneras: (a) El efecto de repaso: la paciente obtiene experiencia en atacar las ideas de temor y como resultado de esta práctica puede contra-atacar las ideas irracionales en la situación fóbica; y (b) Los procedimientos de desensibilización producen una modificación significativa en el concepto que el paciente tiene de la situación fóbica, de tal manera que se elimina el miedo latente de asfixia.

CONCLUSIONES

Se puede legítimamente preguntar si es justificada la introducción de otro sistema de psicoterapia. La justificación es doble. Primero, el marco

teórico de la terapia cognoscitiva es más amplio que el de la terapia comportamental y que el de cualquiera de las psicoterapias más tradicionales. Este marco teórico es congruente con muchos de los presupuestos de la terapia comportamental, pero ofrece un rango de conceptos para explicar la psicopatología y también el modo de acción de la terapia. Además la estructura teórica de la terapia cognoscitiva proporciona hipótesis que pueden ser (y han sido) probadas por medio de las técnicas experimentales actualmente existentes.

Segundo, las teorías cognoscitivas proporcionan un marco para el desarrollo de varias estrategias terapéuticas que no son derivables de los conceptos del modelo de condicionamiento. Como estas técnicas cognoscitivas lo mismo que las técnicas comportamentales son fácilmente definidas y han demostrado cierta evidencia preliminar de su eficacia en la práctica clínica, se puede justificar que se siga trabajando con ellas.

Finalmente, las estrategias de modificación psicológica pueden ser útilmente reagrupadas en técnicas orientadas cognoscitivamente, y técnicas orientadas comportamentalmente. Las técnicas cognoscitivas incluirían los métodos que hacen uso directo de material ideacional, tales como la desensibilización sistemática y otras formas de imágenes inducidas y en los intentos directos de modificar las cogniciones ideosincráticas. Las técnicas comportamentales incluirían aquellas operaciones de naturaleza no introspectiva tales como el condicionamiento operante, la terapia de exposición, la asignación de tareas graduales, el juego de roles y el entrenamiento asertivo.

SPIELBERGER, G. D. y DENIKE, L. D., Descriptive behaviorism versus cognitive theory in verbal operant conditioning. *Psychological Review*, 1969, 73, 306-326.

STUART, R. B., Token reinforcement in marital treatment. En: R. Rubin y G. M. Franks (Eds.), *Advances in behavior therapy*. Nueva York: Academic Press, 1968.

WATZLAWICK, P., BEAVIN, J. H. y JACKSON, D. D., *Pragmatics of human communication*. Nueva York: Norton, 1967.

WINTER, W. D. y FERRERA, A. J., *Talking time as an index intrafamilial similarity in normal and abnormal families*. *Journal of Abnormal Psychology*, 1969, 74, 574-575.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA⁹

La desensibilización sistemática, desarrollada por Joseph Wolpe (1958, 1969), está dirigida específicamente al alivio de la ansiedad de desadaptación. La técnica, como es comúnmente empleada, implica el igualar la relajación de los músculos con escenas imaginadas que representan situaciones que el paciente ha indicado le ocasionan ansiedad. El terapeuta generalmente opera con la suposición de que si al paciente se le enseña a experimentar relajación, en lugar de ansiedad, mientras imagina tales escenas, la situación de la vida real que la escena representa causará menos incomodidad. Algo de la investigación y de la bibliografía clínica que apoyan la eficacia de la desensibilización, se analiza en una sección posterior de este capítulo.

ANTECEDENTES

La desensibilización sistemática ha sido ideada por Wolpe (1958, 1969) para seguir el principio de contracondicionamiento, que significa simplemente el empleo de procedimientos de aprendizaje para sustituir un tipo de respuesta por otro ;y en la desensibilización, en cambio, se hace el intento por sustituir la relajación por la ansiedad. Uno de los primeros ejemplos muy difundidos sobre el empleo de los procedimientos de contracondicionamiento para superar una respuesta de ansiedad fue comunicado por Mary Cover (1924). Ella tuvo éxito al eliminar el miedo a los conejos en un niño pequeño por medio de una técnica que implicaba, entre otras cosas, el aparear el hecho de comer (lo cual presumiblemente tuvo el efecto psicofisiológico de inhibir la ansiedad) con la presentación del conejo. Sin embargo, no quedó muy claro qué factores contaron para la reducción del miedo, y a Wolpe le tomó unas tres décadas más presentar una serie clara, sistemática, y razonablemente bien

⁹ Este documento corresponde al capítulo 2 de TERAPIA DE CONDUCTA de Rimm y Masters. Editorial Trillas

documentada de los procedimientos del contracondicionamiento, que habían de tener un gran impacto en los campos de psicología.

En los primeros experimentos Wolpe (1958) empleó gatos como sujetos. Para un grupo de animales mientras cada gato estaba en su jaula-hogar, oía un zumbador seguido por un doloroso shock eléctrico. Para el segundo grupo de animales, el zumbador fue primero apareado con la comida y después con el shock; este procedimiento sirvió para producir un conflicto entre dos pulsiones opuestas, hambre y miedo, ambas unidas al mismo estímulo, el sonido del zumbador. La investigación anterior (véase Masserman, 1943) había sugerido la "neurosis" experimental como resultado de la situación conflictiva, idea que se originó en los escritos de Freud. Wolpe comunicó el descubrimiento de que los gatos del primer grupo mostraron una respuesta de miedo similar en intensidad a la manifestada por los gatos del segundo grupo (conflictivo), estableciendo que el conflicto no era necesario en los gatos para el establecimiento de reacciones neuróticas.

Una de las principales consecuencias de la experiencia de condicionamiento para los animales de ambos grupos fue la inhibición para comer. Entonces, Wolpe razonó que si la ansiedad (condicionada al aparear el zumbador y el shock) fue capaz de inhibir la respuesta de comer, tal vez la comida podría inhibir la respuesta de ansiedad. Wolpe (1958) utilizó el término "inhibición recíproca", después del fisiólogo Sherrington (1906). Puesto que los animales mostraron la ansiedad máxima en sus jaulas-hogar, y relativamente menos ansiedad en las jaulas físicamente diferentes a éstas, empezó por presentarles bolitas de comida en jaulas muy distintas entre sí. Después de que se observó a los animales comer en estas jaulas, fueron transferidos a jaulas más parecidas a las propias y nuevamente alimentados. Este proceso de introducción gradual al estímulo de su jaula-hogar se continuó hasta que los animales no mostraron signos de ansiedad en su propia jaula. Mediante un procedimiento análogo, el zumbador fue apareado con la comida hasta que, también, no se elicó ansiedad perceptible.

Después de su investigación con gatos, Wolpe (1958) comenzó a buscar respuestas en seres humanos que inhibieran la ansiedad y pudieran utilizarse terapéuticamente. De manera por demás interesante, parece que no hubo un intento sistemático de su parte por emplear la respuesta de comer, y las tres

clases principales de respuesta que utilizó fueron de relajación, de aserción y sexuales. En la práctica clínica actual, la relajación se utiliza más comúnmente en oposición a la ansiedad; con cierto tipo de aserción en segundo lugar, y respuesta sexual como tercera instancia.

El término desensibilización sistemática se utiliza cuando la respuesta en competencia es la relajación, si bien Wolpe supone que el mecanismo de inhibición recíproca subyacente opera cuando se utiliza cualquiera de las tres clases de respuestas en competencia. La utilización de la activación sexual para inhibir la ansiedad se analiza posteriormente en este capítulo.

En virtud de su creciente importancia se presenta un análisis de los procedimientos asertivos en un capítulo aparte.

APLICACIÓN DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

Una revisión de la bibliografía psicológica y psiquiátrica revela que mediante el empleo de la desensibilización se pueden tratar con éxito una gama muy amplia de problemas. Una lista parcial de fobias que han sido exitosamente tratadas incluye el temor a las alturas, a conducir automóviles, a gran variedad de animales, insectos, exámenes académicos, vuelo, agua, ir a la escuela, rechazo de los demás, representantes de la autoridad, inyecciones, multitudes, daño físico e incluso el temor a la muerte. Además esta técnica se ha empleado con otros desórdenes que no son de clara naturaleza fóbica, incluyendo problemas del habla (Walton y Mather, 1963); desviaciones sexuales: a) compulsión de mostrarse (Bond y Hutchison, 1960); b) homosexualidad (Gold y Neufeld, 1965); c) frigidez (Madsen y Ullmann, 1967); ataques asmáticos (Moore, 1965); insomnio (Geer y Katkin, 1966); alcoholismo (Kraft y Al-Issa, 1967), e ira (Rimm, deGroot, Boord, Heiman, Dillow, 1971), para no mencionar sino unos cuantos. Los terapeutas que utilizan la desensibilización para tratar los mencionados desórdenes suponen que generalmente surgen de temor que se atribuye a eventos externos "especificables" y, como tales, son similares a las reacciones fóbicas. Por ejemplo, un alcohólico determinado podría beber en exceso después de algún tipo de experiencia de fracaso que le provoque ansiedad, o cierto hombre sentirá ansiedad y se tornará impotente siempre que su mujer se comporte de

una manera que indique hasta el más ligero rechazo, o un individuo que sufre de pensamientos obsesivos puede experimentarlos sólo cuando se enfrenta a una situación que le provoque ansiedad.

Una de las facetas más impresionantes de la mayoría de las técnicas de terapia de la conducta es el reducido número de sesiones que se requiere para lograr una mejoría en la conducta, comparado con la duración que generalmente se espera de la terapia tradicional. La desensibilización no es la excepción. Los abundantes informes presentados en las historias de casos indican un número medio de sesiones (incluyendo la desensibilización real) de 16-23, lo que depende del terapeuta (véase Paul, 1969b), aunque, como podría esperarse, hay ciertos pacientes que requieren muchas más.

Relajación muscular progresiva

Si bien la relajación muscular progresiva es parte importante de la desensibilización sistemática, puede utilizarse por sí misma como una herramienta terapéutica poderosa. Es frecuente que los terapeutas la empleen por sí misma en el tratamiento de una extensa variedad de enfermedades (incluyendo la ansiedad generalizada, insomnio, dolores de cabeza, cuello y espalda, dolor menstrual, calambre del escribiente e incluso formas benignas de depresión agitada). Además, no hay nada en la naturaleza de este procedimiento que prohíba su utilización dentro del contexto de psicoterapias más tradicionales, o durante el transcurso del asesoramiento a corto plazo.

La premisa fundamental es que la tensión muscular se relaciona de alguna forma con la ansiedad y que un individuo experimentará una confortante y marcada reducción de la ansiedad sentida si puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos. Un método poderoso y eficaz para producir dicho estado de relajación muscular, consiste en la tensión y relajación sucesivas de los músculos disponibles en una secuencia ordenada, hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se relajen.

Los terapeutas de la conducta difieren un tanto respecto del orden en que deben relajarse los músculos, la duración de la flexión y relajación, así como el grado en que las sugerencias del tipo hipnótico deben emplearse

(consúltese a Paul, 1969c, en relación con un análisis más detallado de esas diferencias). Sin embargo, conviene subrayar que las diferencias tienden a ser menores. El método que utilizamos, y que se presenta a continuación, es muy semejante al que comunican Wolpe y Lazarus (1966).

Procedimiento. Se hace sentar al paciente en un sillón cómodo (los sillones reclinables son ideales). El terapeuta comienza usualmente dando una explicación razonada de la relajación muscular profunda, de acuerdo con la sofisticación del paciente. El terapeuta podría decir lo siguiente:

La tensión (ansiedad, agitación, incomodidad) que usted normalmente experimenta (que por lo común viene experimentando) es más un estado físico que mental. Proviene de músculos tensos, aunque usted ni siquiera se dé cuenta de que lo están. .. sólo que usted se sienta incómodo. Voy a enseñarle a relajar en forma sistemática esos músculos tensos, de modo que se sienta calmado en lugar de ansioso. Una vez que aprenda el método, será capaz de aplicarlo por sí mismo en cualquier momento que comience a sentirse tenso (cuando no pueda dormir de noche; cuando le empiece a doler la cabeza). El método requiere poner en tensión un músculo o grupo de músculos en particular, y luego relajarlos... después tensar y relajar el grupo de músculos opuestos. (El terapeuta puede demostrar lo que quiere decir cerrando un puño, relajando la mano, extendiendo los dedos y relajando otra vez, para ejemplificar lo que quiere decir con "grupo de músculos opuestos".)

Después de terminar el relajamiento de sus manos, relajaremos sus brazos, luego sus hombros y así sucesivamente hasta que su cuerpo entero se haya relajado.

A lo largo de esta introducción y el procedimiento restante, un modo de hablar tranquilo y que denote seguridad en sí mismo facilitará la relajación.

En este punto, como medida de precaución, el terapeuta deberá investigar si el cliente ha sufrido algún daño (por ejemplo, tortícolis o lesión en la espalda) o tiene cualquier otro malestar físico que pudiera dar como resultado dolor o mayores lesiones, en donde se tensaran los grupos musculares asociados. Pocas veces la respuesta es afirmativa; pero cuando lo es, el terapeuta debe tener especial cuidado al tratar con estos grupos de

músculos, ya sea limitando la cantidad y prontitud del procedimiento de tensión o dejándolos completamente fuera de la inducción a la relajación.

Luego se le pide al paciente que se ponga tan cómodo como sea posible. Deberá aflojar la ropa apretada (sobre todo la corbata), no debe cruzar las piernas y todas las partes del cuerpo deben descansar en la silla. Luego se le pide que haga una aspiración profunda y que expela el aire lentamente, presentando luego el primer ciclo de tensión-relajación: "Quiero que levante los brazos y los extienda hacia el frente; ahora junte y apriete las manos muy fuerte, fuertemente, de veras fuerte. Observe la incómoda tensión que hay en sus manos y dedos. Hágalo verdaderamente fuerte y note la sensación de incomodidad, de tensión, que siente en sus manos." Después de aproximadamente 10 segundos de tensión, el terapeuta dice: "Ahora, cuando le diga que se relaje, quiero que deje caer las manos sobre su regazo como si estuvieran hechas de plomo. .. sólo déjelas caer.. . ahora, relájese." Las más de las veces el paciente no las deja caer sobre el regazo, más bien las coloca en él. Si eso ocurre, el terapeuta puede acercarse al paciente y decirle: "Voy a levantarle el brazo y a soltarlo después, y esta vez déjelo caer realmente sobre su regazo." Si la mano del paciente cae, el terapeuta puede decir: "Qué bien, captó la idea." Si aquél persiste en inhibir la respuesta de relajación, el terapeuta puede presentar la conducta apropiada y, acto seguido, levantar otra vez el brazo del paciente y liberarlo. En esta etapa, aun los sujetos más reacios o difíciles responden con el grado de flaccidez apropiada.

Entonces se le pide al paciente que Realice el mismo ejercicio, con 10 segundos de tensión (señalando nuevamente cuán tensas e incómodas siente las manos) seguidos por la voz de "relájese", de 10 a 15 segundos de relajación, tiempo durante el cual el terapeuta puede decir, en tono sereno y confortante: "Note cómo la tensión e incomodidad van desapareciendo de sus manos. . . para dar lugar a sensaciones de comodidad, calor y placer. Observe cómo siente las manos ... para dar lugar a sensaciones de comodidad, calor y placer. Observe cómo siente las manos en comparación a como las sentía cuando estaban tensas. Note el contraste; vea cuánto mejor se siente al estar relajado." Esto completará el primer ciclo de tensión- relajación.

Con gran frecuencia, cuando se pide a sujetos no versados tensar un grupo de músculos, proceden a tensar automáticamente otros grupos. Por

ejemplo, mientras el paciente aprieta los puños, se puede ver que contiene la respiración, rechina los dientes o bizquea, lo que obviamente interfiere con la inducción al relajamiento. Por consiguiente, después del primer ejercicio, es bueno sugerir al cliente que tense solamente el grupo de músculos que se le pide tensar, haciendo esfuerzo consciente para no tensar otros. Esto es especialmente difícil después de que se han relajado varios grupos de músculos, ya que sin darse cuenta, el paciente puede tensar músculos que ya han sido sometidos al ciclo tensión-relajación, lo cual debe señalarse comentando que aun cuando es común el hábito de tensar músculos que no son los del grupo pretendido, es importante reaprenderlo.

El paciente estará entonces preparado para el segundo ciclo tensión-relajación. Se le pide que extienda los brazos como antes, pero esta vez que "haga lo contrario" de lo que hizo en el ejercicio anterior. El terapeuta puede decir: "Encorve los dedos hacia atrás, lo contrario de apretar el puño; hágalo fuertemente. . . con verdadera fuerza. Note la incomodidad, la tensión." Quizá el paciente muestre todavía una notable propensión a tensar otros músculos por lo que durante este y los siguientes periodos de tensión en los que el terapeuta observe esto, debe recordar al paciente que tense sólo aquellos músculos que se le indique. También son útiles las sugerencias específicas para relajar los músculos que se han tensado inadvertidamente (por ejemplo, "respire suave y uniformemente" o "relaje la boca.. . tiene que sentir la tensión nada más en las manos"). Transcurridos 10 segundos de tensión, se pide al paciente que se relaje, y por lo común, el paciente dejará caer las manos sobre el regazo o los brazos del sillón. Nuevamente se le recuerda lo tenso que se sentía antes, pero cuán relajadas, tranquilas y cómodas siente ahora sus manos. Después de 10-15 segundos de relajación, se le pide tensar los músculos de los bíceps ("imagínese que está luciendo sus músculos en la playa", si esto parece apropiado) haciendo sugerencias relativas a la tensión e incomodidad, como se hizo antes. A menudo la gente apretará los puños y esto debe indicarse inmediatamente, con la sugerencia de que el paciente "sacuda" flojamente sus manos (demostrándolo) mientras el bíceps sigue aún tenso. Tras 10 segundos de tensión se le pide relajarse, y durante el periodo de relajación de 10-15 segundos, se hacen nuevamente indicaciones de relajación.

En seguida se tensan los músculos del tríceps, extendiendo los brazos hacia adelante ("doblándolos del lado contrario") con el comentario usual del terapeuta destinado a subrayar las sensaciones incómodas que resultan de la tensión muscular. Como antes, a esto sigue inmediatamente un periodo de 10-15 segundos de relajación, en el que el terapeuta señala nuevamente las sensaciones positivas que van asociadas con la relajación, haciendo hincapié en lo que contrastan con las del paciente estando tenso. El mismo procedimiento general se sigue con el resto de los grupos musculares. A continuación se presenta la serie completa de ejercicios que empleamos.

1. Manos. Se tensan los puños; se relajan. Se extienden los dedos; se relajan.
2. Bíceps y tríceps. Se tensan los bíceps; se relajan. Se tensan los tríceps; se relajan.
3. Hombros. Se jalan hacia atrás; se relajan. Se empujan hacia adelante; se relajan.
4. Cuello (lateral). Con los hombros erguidos se gira la cabeza lentamente hacia la derecha, hasta una posición extrema; se relaja. Con los hombros erguidos se gira la cabeza a la izquierda; se relaja.
5. Cuello (adelante). Se lleva la cabeza hacia adelante hasta que la barbilla se apoye en el pecho; se relaja. (No se recomienda echar la cabeza hacia atrás.)
6. Boca. Se abre la boca tanto como sea posible; se relaja. Se fruncen los labios como haciendo un puchero exagerado; se relajan.
7. Lengua (se extiende y se retrae). Con la boca abierta, se extiende la lengua tanto como sea posible; se relaja ("deje que su lengua tome una posición cómoda en la boca" durante todas las fases de relajación que incluyan a la lengua). La lengua se "jala hacia atrás" al interior de la garganta tanto como sea posible; se relaja.
8. Lengua (paladar y parte inferior). La lengua se "empuja" hacia el paladar tan fuerte como sea posible; se relaja. Se "presiona" la lengua contra la parte inferior tanto como sea posible; se relaja.

9. Ojos. Se abren tanto como sea posible, hasta que la frente se arrugue (lo cual usualmente requiere considerable esfuerzo, recalcando la atención en los ojos y en la frente); se relajan. (Lograr que el paciente relaje los ojos y el Ceño después de este ejercicio a menudo resulta difícil. Se recomienda la estimulación amable por parte del terapeuta "relaje los ojos y la frente sólo un poco más", especialmente cuando el terapeuta advierte cierta tensión en ojos y frente.) Los ojos se mantienen cerrados tan fuertemente como sea posible; se relajan. (Se puede concluir la fase de relajación con instrucciones de que se abran los ojos ligeramente, pero con una concentración tal que el paciente no "verá" nada.)
10. Respiración. El paciente hace una aspiración tan profunda como sea posible (la estimulación para que inhale "aún más profundamente" es conveniente, puesto que ésta es una respuesta que requiere notable esfuerzo); se relaja ("reanude la respiración normal, uniforme y cómoda"). El paciente exhala hasta que "los pulmones se vacían de toda partícula de aire". (Si se siguen las instrucciones el paciente se hallará en un estado considerable de angustia. A muchos individuos les resulta difícil permanecer en este estado durante los 10 segundos, y se recomienda reducir la fase de tensión a 5-7 segundos); se relaja ("reanude la respiración normal, regular").
11. Espalda. Descansando los hombros contra la silla, se impulsa el tronco hacia adelante a fin de arquear toda la espalda; se relaja. En este ejercicio se debe tener extremo cuidado para evitar cualquier daño a la espalda. Se debe aconsejar al paciente que lleve a cabo muy lentamente la fase de tensamiento y se relaje inmediatamente si experimenta algún dolor.
12. Parte media. La parte media se eleva ligeramente tensando los músculos de los glúteos; se relaja. La parte media se baja ligeramente hundiendo los glúteos en el asiento de la silla; se relaja.
13. Muslos. Se extienden las piernas y se levantan aproximadamente 15 centímetros del piso (debe tenerse cuidado de que el tensamiento simultáneo de los músculos del estómago sea mínimo); se relajan ("deje que las piernas caigan al piso"). Tensar el grupo opuesto de músculos

implicaría retraer la parte anterior de las piernas por debajo de los muslos, y puesto que esto implicaría un acomodamiento complejo de la posición del cuerpo que alteraría el ritmo y la continuidad, tal vez sería bueno omitir este ejercicio. Una razonable alternativa sería que el paciente "hundiera" sus talones en el piso.

14. Estómago. Se sume tan profundamente como sea posible, "como si fuera a tocar el espinazo" (los ejercicios para el estómago, así como los de respiración requieren mucho esfuerzo, lo que hace útil el estímulo del terapeuta); se relaja "hasta que cada fibra muscular del estómago se haya relajado". Se comprime el estómago, "como si se prepara a recibir un golpe en el abdomen"; se relaja ("hasta que cada libra muscular se haya relajado"). (En ambos ejercicios para el abdomen, si bien es posible respirar cuando se está en tensión, resulta difícil. Tratándose de los músculos del estómago, si se observa al paciente aguantar la respiración, quizá sea mejor para el terapeuta pasarlo por alto.)
15. Pantorrillas y pies. Con las piernas apoyadas, se doblan los pies hasta que los dedos apunten hacia la cabeza; se relajan. Con las piernas apoyadas, se doblan los pies en la dirección opuesta (es factible que durante el tensamiento aparezca un calambre de los músculos de la pantorrilla, momento en que el terapeuta debe pedir al paciente que se relaje, sugiriéndole que "agite los músculos distendidos"); se relajan.
16. Dedos de los pies. Apoyadas las piernas y relajados los pies, se "presionan los dedos contra la suela de los zapatos"; se relajan. Con las piernas apoyadas y los pies relajados, se doblan los dedos en la dirección contraria tocando la parte superior del interior del zapato: se relajan.

Al terminar el último ciclo tensión-relajación, el terapeuta puede suscitar una relajación más profunda mediante una serie adicional de indicaciones, como ilustra lo siguiente:

Ahora quisiera que se imagine, que experimente realmente si le es posible, una ola de relajación cálida, cómoda y agradable... una ola de relajación que va a penetrar e inundar su cuerpo entero, de modo que cuando esa ola alcance alguna parte de su cuerpo, será la señal para relajarse aún más

profundamente, para relajar en forma total esa parte de su cuerpo. Sienta que esa ola va a inundar sus pies, ahora sus pantorrillas y muslos de modo que queden completa, total y perfectamente relajados. .. ahora caderas y parte media... relajación tibia que pone flojos y flácidos todos los músculos. Ahora las partes media y superior de espalda y pecho, sus manos y brazos, de modo que si acaso había algo de tensión, ahora va desapareciendo. .. desapareciendo. Esta maravillosa ola de relajación está llegando ahora a sus hombros y cuello, cubriendo su cara de tal manera que ahora su boca está completamente relajada... ahora su lengua y músculos faciales se relajan cada vez más... ahora sus ojos se ven invadidos de esa ola maravillosa y tranquila de relajación, y su frente... relajada, muy relajada, agradable... muy pesada.

En este punto se ha completado el procedimiento de relajación. Quizá el terapeuta quiera determinar el grado de eficacia, pidiendo al paciente que indique en una escala de 10 puntos cómo se siente, representando 10 el máximo de ansiedad que jamás haya sentido, 1 indicando una completa relajación, como si estuviera a punto de entrar en un sueño confortable. La mayoría de los individuos que experimentan la relajación inducida por vez primera, manifiestan niveles de tensión relativamente bajos, por lo común 3 o menos en la escala de 10 puntos. Al aumentar la práctica, la escala de ansiedad cae más abajo, y después de unas cuantas sesiones no es raro que el paciente manifieste una puntuación de 1. Puesto que la finalidad del terapeuta es enseñar al cliente a relajarse por sí mismo, debe pedírsele que practique la técnica por su cuenta, quizá por las noches, en la cama. Si el paciente informa tener dificultad para dirigir su propia relajación, el terapeuta puede grabar una sesión de relajación que el paciente podrá escuchar en sus ratos de ocio. No obstante, si la meta terapéutica es enseñarle al paciente a relajarse en situaciones en que sería inapropiado escuchar una cinta, se le debe estimular para que abandone la grabadora una vez que domine la técnica.

Hay pruebas experimentales (Malmo, 1962) que sugieren que los individuos tienden a ser altamente peculiares respecto de dónde experimentan la tensión muscular inducida mediante el esfuerzo. Algunos individuos pueden experimentar una tensión dolorosa regular sólo en los hombros, la frente y quizá en la etapa o cuello. Por consiguiente, en la mayoría de los casos, una vez que el cliente ha recibido el procedimiento completo de

inducción-relajación varias veces, y el proceso aprendido para identificar dónde siente generalmente la mayor tensión, quizá no sea necesario que experimente todos los ejercicios para obtener un bajo nivel de tensión. Es probable que sea capaz de lograr un estado de relajación profunda en cuestión de sólo algunos minutos, concentrándose únicamente en aquellos grupos de músculos que normalmente se ponen tensos. Esto es importante porque el procedimiento completo puede durar 40 minutos, y si el paciente considera que le lleva tanto tiempo y esfuerzo para lograr la relajación, este hecho puede desanimarlo. Además, si se hace la relajación con la desensibilización, 40 minutos de relajación por sesión dejarían un tiempo muy limitado para la desensibilización.

Comentarios adicionales. Quizá el error más común en que incurren los terapeutas principiantes sea el de precipitar los ejercicios de relajación. Aun cuando el terapeuta proceda a una velocidad apropiada, al principio es probable que, por su cuenta, el paciente proceda demasiado rápido, sobre todo si su nivel inicial de tensión es alto. Debe señalarse que en el proceso de la relajación poco efecto tendrá el realizar los ejercicios rápidamente, en forma "calisténica". Como ya señalamos, los practicantes difieren hasta cierto punto en cuanto a la duración de las fases de tensión y relajación, si bien la mayoría está de acuerdo en que la fase de tensión debe durar al menos 5 segundos y un mínimo de 10 segundos la de relajación. Hemos encontrado que resulta muy adecuado aparear lapsos de tensión de aproximadamente 10 segundos, con otros de relajación de 10-15 segundos, para lograr niveles profundos de relajación.

La mayoría de los clientes informan sobre un considerable descenso en la incomodidad sentida, después de su primera experiencia en relajación de músculos profundos. No obstante, en ocasiones se encuentra uno con individuos que han seguido las instrucciones y muestran todos los signos visibles de estar relajados (respiración uniforme, pesadez de los miembros, sin signos de tensión en la frente, boca, ojos, o en la voz), pero que aún verbalizan una sensación de "inquietud". Naturalmente, sin importar las apariencias, esto será indicio de que hay un alto nivel residual de tensión muscular; sin embargo, otra interpretación es la de que el paciente, a lo largo de gran parte de su vida en vigilia, ha experimentado un alto tono de tensión muscular, y

cuando se enfrenta a un estado corporal sumamente distinto del acostumbrado, la extrañeza que le produce el estado de relajación actúa como señal de peligro. El terapeuta puede hacerlo notar, agregando que puede restaurar su estado habitual simplemente tensando algunos músculos; pero conforme se vaya acostumbrando a la relajación, la sensación de inquietud se disipará.

MÉTODO DE DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

La desensibilización sistemática es un medio eficaz para superar las reacciones de ansiedad condicionadas a situaciones o a eventos específicos. Antes de describir el método, conviene señalar que los problemas de individuos que buscan ayuda contra reacciones de ansiedad específicas (en oposición a las que se ha dado en llamar "flotación libre") caen en una de las dos categorías. Los problemas de la primera son los relacionados con la ansiedad irracional, para los que la desensibilización por sí sola puede ser apropiada para la recuperación total. La ansiedad es irracional a condición de que haya pruebas de que el posee suficientes habilidades para hacerle frente a lo que teme; no obstante, la ansiedad ocasiona evitación habitual de la situación final; o si la evitación resulta imposible, la ansiedad decrementa la ejecución por debajo del nivel actual de habilidad. Por ejemplo, un conductor competente y experimentado puede evitar manejar a toda costa, después de haber tenido un accidente (o quizá maneje con menor destreza, debido a que su atención es interferida por un alto nivel de ansiedad).

En cuanto a los problemas de la segunda categoría, el miedo es en cierta medida racional, ya sea porque el individuo carece de las habilidades pertinentes, o porque la situación final es peligrosa por naturaleza, o ambas cosas. En tales casos, la desensibilización por sí sola probablemente no resulta adecuada y, de hecho, puede ser especialmente inapropiada; por ejemplo, puede esperarse que un conductor novato evite recorrer una carretera "traicionera" montañosa cubierta de nieve. La desensibilización exitosa podría acarrear fatales consecuencias, y la mayoría de los terapeutas optarán por incrementar la habilidad de manejo del paciente en vez de ayudarlo.

Es preciso que el terapeuta decida cuáles de las ansiedades del cliente no tienen bases racionales y cuáles surgen de consideraciones racionales. Si la decisión consiste en que un problema particular es primordialmente de ansiedad irracional, la desensibilización puede ser un tratamiento apropiado, lo que dependerá de otros factores que se analizarán brevemente. Resulta esencial que el terapeuta considere con mucho cuidado si la ansiedad es verdaderamente irracional, aun cuando el cliente mismo esté convencido de que lo que "necesita" es desensibilización.

Rimm trató a un individuo que pasaba la mayor parte de sus ratos de ocio en algunos de los bares más bajos de la zona de San Francisco. Uno de los fines terapéuticos que él mismo se fijó era perder el miedo de verse envuelto en reyertas de cabaret, de modo que estuviera en condiciones de "pelearse con cualquiera de ese lugar". No era corpulento ni poseía habilidades combativas particulares, lo cual se señaló, con la sugerencia de que tendríamos éxito en lograr desensibilizarlo de este temor, y si tenía el que adoptar tal conducta, no permanecería desensibilizado por mucho tiempo.

Con frecuencia los clínicos se encuentran con individuos que desean tener interacción heterosexual, pero que informan sentir ansiedad intensa cuando tales situaciones se presentan. El terapeuta principiante se verá tentado a aplicar de inmediato la desensibilización, con base en el supuesto de que el paciente tiene todas las habilidades necesarias para mantener una interacción de ese tipo, pero que la ansiedad lo inhibe. Con gran frecuencia no es así; el individuo puede estar ansioso porque sabe que carece de las habilidades sociales necesarias (pedir una cita, brindar elogios, platicar, dar propina al mesero, bailar, etc.) y la instrucción en estas áreas (quizá el entrenamiento asertivo, véase cap. 3) puede resultar más apropiada que "la desensibilización. El terapeuta puede determinar si el (los) problema (s) del paciente provienen de una falta de habilidad mediante un interrogatorio; o si sus respuestas son vagas, pidiéndole que "represente" cómo manejaría ciertas situaciones. Si se encuentra que la ansiedad del paciente no se debe a una falta de habilidades objetivas (o a una situación objetivamente peligrosa), la desensibilización sistemática podrá ser el tratamiento apropiado.

La siguiente labor del terapeuta es evaluar si el cliente es un candidato idóneo para recibir ese tratamiento. Lang y Lazovik (1963) han mostrado que

existe una correlación negativa entre el éxito en la desensibilización y el número de áreas en que el individuo experimenta ansiedad irracional. Por tanto, parecería posible que el individuo que informa tener sólo algunas "fobias" mostrara más progreso que la persona que tiene fobia respecto de muchas cosas. Generalmente basta un simple interrogatorio para evaluar esta dimensión, aunque algunos terapeutas hacen que sus pacientes llenen escalas de calificación de un gran número de las fobias más comunes; el inventario de miedos [The Fear Survey Schedule (Wolpe y Lang, 1964)] es el uso más común para este propósito. Si la respuesta del paciente es vaga, el terapeuta puede sugerir algunas áreas fóbicas comunes ("cómo se siente respecto a las serpientes, las arañas, las alturas o las inyecciones"), para facilitar la comunicación.

Una vez establecido que las fobias del paciente son de número reducido, como es el caso de la mayoría de los adultos, el terapeuta, debe determinar el grado en que aquél es capaz de imaginar escenas, haciéndolo imaginar alguna sin contenido emocional, pero familiar (por ejemplo, la oficina de correos de la colonia) e indicando más tarde el grado en que la imagen fue clara o real. Si el paciente informa haber sido incapaz de crear una imagen razonablemente clara, lo que es poco usual, el terapeuta puede presentar una escena diferente, varias veces si es necesario, a fin de comprobar si la práctica motiva la imaginación. Si el paciente sigue informando que no es capaz de experimentar una imagen razonablemente clara, esto podrá considerarse como una contraindicación de la desensibilización sistemática por lo que el terapeuta deberá considerar alguna estrategia alterna, como la desensibilización in vivo.

Si después de una presentación o varias de práctica, el cliente dice experimentar una imagen clara, entonces el terapeuta debe presentarle una imagen que el cliente considere atemorizante; y nuevamente se debe determinar si la imagen es clara. En ocasiones los individuos pueden imaginar escenas neutras o agradables, pero "bloquean" las que no lo son, y se requiere práctica adicional en la imaginación de escenas desagradables. Si el paciente informa de una imagen clara, se debe determinar si le provoca ansiedad.

Hay investigaciones (Grossberg y Wilson, 1968; Rimm y Bottrell, 1969) que proponen relaciones entre la claridad media de una imagen

"aterrorizante" y el grado en que las mediciones fisiológicas indican ansiedad. No obstante, la correlación no es de ninguna manera perfecta y, como señala Wolpe (1958), algunos individuos pueden imaginar escenas muy claras que debiendo serles atemorizantes, no les hacen experimentar la respuesta emocional esperada. Lo anterior es bastante raro, pues ocurre sólo en un individuo de cada diez, según Wolpe (1969). Es probable que con tales individuos la desensibilización no resulte muy eficaz.

La siguiente tarea del terapeuta consiste en determinar si el paciente puede relajarse con la relajación muscular profunda. En este punto, el terapeuta solicita al cliente que se califique a sí mismo en la escala descrita de ansiedad de 10 puntos, con el propósito de establecer una comparación con la evaluación del cliente de la relajación muscular profunda. En seguida se somete al paciente al procedimiento de relajación completa, y se vuelve a tomar la evaluación de ansiedad. Si la puntuación inicial es moderadamente elevada (digamos 5 o más), usualmente se observará una mejoría de varios puntos de la escala, lo que indica que el paciente es razonablemente susceptible al procedimiento. Si no se observa mejoría alguna, el terapeuta debe asegurarse de que ha comunicado al paciente, en forma adecuada, el significado de la escala de evaluación de ansiedad. Si después de este paso no se dan aún muestras de que la relajación haya sido efectiva, el terapeuta puede hacer un nuevo intento durante una sesión posterior. Si tampoco funciona, el terapeuta debe concluir que su método de relajación inducida no es efectivo para este sujeto en particular, pudiendo buscar otros medios para lograr la relajación.

Ciertos investigadores como Brady (1966, 1967) informan haber logrado buenos resultados para provocar la relajación utilizando barbitúricos de acción rápida, en tanto que otros (Slater y Leavy, 1966; Wolpe, 1969) comunican haber provocado la relajación haciendo que el individuo inhalara una mezcla de bióxido de carbono y oxígeno. Estas prácticas no están ampliamente difundidas, y la mayoría de los practicantes no tienen las instalaciones adecuadas o permiso para aplicarlas. Otra estrategia, un tanto más factible, sería la de encontrar otra respuesta distinta de la relajación que combatiera exitosamente la ansiedad. Pensamientos relativos a la actividad

sexual, al comer, o cualquier tipo de actividad agradable pueden resultar apropiados, aunque las respuestas asertivas son los candidatos más idóneos.

En resumen, antes de aventurarse a utilizar la desensibilización el terapeuta debe determinar que el paciente:

1. Padece de razonablemente pocas fobias.
2. Puede imaginar escenas negativas con la emoción apropiada.
3. Es susceptible al procedimiento de relajación muscular profunda.

En virtud de las muchas "pruebas" que el paciente debe pasar antes de que se inicie la desensibilización, es posible que el lector concluya que la mayoría de los individuos son malos candidatos para reducir este tipo de terapia, conclusión que sería infundada, ya que los descubrimientos clínicos y de investigación dejan ver que la mayoría de los individuos que tienen relativamente pocas fobias, pueden imaginar escenas de miedo con la emoción apropiada y son bastante susceptibles a la relajación mediante el empleo de procedimientos de relajación muscular profunda. La razón más contundente para emplear la desensibilización sistemática, es la de que el método ha encontrado amplia aceptación tanto en la clínica como en el laboratorio. Más adelante en este mismo capítulo, se analizan las investigaciones clínicas y experimentales que respaldan la eficacia de este método.

En ocasiones, al final de la primera reunión es posible completar los procedimientos de tamizado y la primera presentación de relajación muscular profunda, aunque en la mayoría de los casos se logran al final de la segunda o tercera sesión. Una vez que se decide emplear la desensibilización, la siguiente tarea es la de establecer la jerarquía, la cual consiste en una serie graduada de situaciones o escenas que el paciente imaginará más tarde en un estado de relajación. Las escenas representan situaciones realistas y concretas, relacionadas con la fobia del paciente, que pueden ser situaciones que éste haya experimentado o experimentará anticipadamente. Es importante señalar que la responsabilidad primordial sobre los tópicos que deben incluirse en la jerarquía recae sobre el paciente, ya que sólo él posee un conocimiento directo de la clase de situaciones que le causan ansiedad, aunque en algunas investigaciones (véase Paul y Shannon, 1966) se ha propuesto que se puede lograr progreso mediante el empleo de una jerarquía que no ha sido

específicamente diseñada para un cliente determinado, los individuos con una "misma" fobia han tenido diferentes historias de aprendizaje y no se puede esperar que respondan precisamente de la misma manera ante una escena particular. Por supuesto, el terapeuta debe ofrecer tanta estructuración y ayuda como sean necesarias, comenzando por sugerir una "tarea" consistente en que el cliente escriba en tarjetas por orden alfabético, aquellos detalles que describan diversas escenas o situaciones relacionadas con la fobia. Puesto que la jerarquía completa se ha de graduar de acuerdo con el grado de ansiedad que provocan las diferentes escenas, se pide al paciente que seleccione aquellas escenas que hacen surgir una ansiedad intensa (9 y 10 en la escala), ansiedad moderada fuerte (7 y 8), moderada (5 y 6), leve (2-4) y poca o ninguna ansiedad (1-2).

En este punto, conviene que el terapeuta ayude al paciente en la determinación de algunos tópicos de la jerarquía. Una razonable manera de lograrlo, mientras se proporciona estructura adicional, es la de establecer "puntos de anclaje" en la jerarquía, lo cual podría consistir en hacer que el paciente piense en un tópico que pudiera ser 1 o 2 en la escala de ansiedad. Si el paciente tuviera fobia a los perros, quizá podría servir utilizar un perro de lana blanco de juguete, que estuviera encadenado a unos 80 metros de distancia. El terapeuta pedirá al cliente que describa la escena detalladamente, para que cuando la escena se presente durante la desensibilización, pueda imaginarse realmente la escena correcta. Si se trata de la escena del perro, el terapeuta puede preguntar dónde está el perro, a qué está encadenado, algo acerca del vecindario y quizá la hora del día. Después de proporcionar un "anclaje" para el extremo inferior de la jerarquía, el terapeuta procede a establecer la del extremo superior, pidiendo un 9 o 10. El paciente puede suponer que se le acerca un pastor alemán desamarrado. Al igual que antes, el terapeuta debe reunir información detallada adicional. Se debe indicar al cliente que los puntos de anclaje no han de considerarse absolutos y que si piensa en otros tópicos de más elevada jerarquía que el que acaba de describir o de menor importancia que el anclaje "inferior", simplemente tiene que acomodar en concordancia las puntuaciones de los anclajes anteriores.

Se debe pedir al paciente que al hacer su tarea, plantee escenas o situaciones que representen cada uno de los 10 niveles de ansiedad, a fin de

que la jerarquía quede graduada de manera uniforme. Claro que el número total de tópicos que constituyan la jerarquía dependerá de la gravedad y magnitud de la fobia, como indican Marquis y Morgan (1969), quienes sugieren que en la mayoría de los casos bastan 10 tópicos, aunque cuando se trata de reacciones de ansiedad muy graves, los intervalos en una jerarquía de 10 tópicos puede ser demasiado grande para llenarse, pasando lo mismo cuando las reacciones fóbicas se han generalizado a una diversidad de situaciones, en las que pueden no ser suficientes 10 tópicos para cubrir todas las situaciones pertinentes. Como regla práctica, se debe pedir al paciente que elabore una jerarquía de entre 10 y 15 tópicos, y si pareciera que la gravedad o magnitud de la fobia es tal que resulten insuficientes, se pueden incluir tópicos adicionales durante el curso de la desensibilización.

Cuando el paciente regrese con la jerarquía terminada, el terapeuta deberá examinar junto con el cliente las descripciones, para asegurarse que se han presentado lo suficientemente detalladas. Puesto que el paciente ha clasificado cada tópico con base en la escala de ansiedad de 10 puntos, ahora se puede presentar en forma gradual. Con todo, es posible que haya cometido errores al establecer la jerarquía (por ejemplo, un tópico que calificó con "4" provoca mayor ansiedad que otro evaluado con "6"). Aunque las consecuencias de un error de este tipo no son desastrosas, sí retardan la terapia. Una salvaguarda contra tales errores es la de que el terapeuta pida al paciente que ordene los tópicos de acuerdo con la cantidad de ansiedad que provocan, independientemente de las puntuaciones de ansiedad anteriores. Si no surgen incongruencias entre las puntuaciones anteriores y el establecimiento de categorías, se puede considerar que la jerarquía es lo bastante amplia como para iniciar el tratamiento; si surgieran, se le pueden hacer saber al cliente, pidiéndole que vuelva a calificar los tópicos incongruentes.

En seguida se presentan 4 jerarquías de las cuales, las primeras dos fueron obtenidas por Rimm; la tercera se tomó de Wolpe (1969), y la cuarta de Marquis y Morgan (1969). En cuanto a las de Rimm, los primeros dos tópicos se presentan aquí tal como fueron presentados a los pacientes mientras que las restantes se muestran en forma abreviada. Los tópicos abreviados se muestran con el fin de proporcionar al lector una idea general de la construcción de

jerarquías. Nuevamente debe subrayarse que los tópicos o escenas que se presenten realmente al paciente deberán contener más detalles.

La primera jerarquía se empleó con un varón de 40 años que había desarrollado un miedo a las alturas, poco después de que se dio de baja en la fuerza aérea de la armada estadounidense durante la Segunda Guerra Mundial. Había sido navegante y volado en un gran número de misiones en combate.

Atribuía su fobia a las experiencias de guerra. Los tópicos se ordenan según ansiedad creciente.

1. Usted comienza a subir por una escalera que se recarga sobre el costado de su casa; tiene planeado trabajar en el techo. Sus manos sujetan la escalera y su pie está sobre el primer escalón.
2. Está usted a la mitad de la escalera y se le ocurre mirar hacia abajo; ve el prado y la banqueta.
3. Va usted manejando, con la familia; la carretera comienza a ascender.
4. Va con la familia manejando por una carretera costera, con voladeros a la derecha.
5. Sobre un risco costero de California, aproximadamente a 10 metros del borde.
6. Sobre un risco costero de California, aproximadamente a 2 metros del borde.
7. Paseando en auto con la familia, acercándose a la cima de la montaña.
8. En un avión comercial, al momento de despegue.
9. En un avión comercial a una altitud de 10 000 metros.
10. En un avión, a una altitud de 10 000 metros, con considerable turbulencia.
11. En un risco costero de California, aproximadamente a 60 centímetros (considerada como una distancia segura) del borde y viendo hacia abajo.

12. Ascendiendo por la torre del depósito de agua del pueblo, para ayudar a pintarlo, aproximadamente a 3 metros del suelo.
13. Igual que la anterior, pero aproximadamente a 6 metros del suelo.
14. En el andamio que rodea al tanque del agua, pintándolo.

Paul (1969b) ha distinguido entre jerarquías temáticas, que se refieren a aquéllas cuyos tópicos están relacionados con el mismo tema o rótulo básico ("altura" en el ejemplo anterior) y jerarquías espacio- temporales en las que el individuo teme a una situación o evento específicos, y en que los tópicos están escalonados de acuerdo con su cercanía en el espacio (por ejemplo: "distancia en el risco costero", o "altura en el depósito del agua", en la jerarquía anterior) o tiempo hacia la situación final. Paul consideraría a la anterior como una jerarquía combinada, puesto que es tanto temática como espacial.

La segunda jerarquía se aplicó a un vendedor de seguros de poco más de 40 años, el cual experimentaba ansiedad primordialmente cuando estaba por hacer contactos relacionados con su profesión, con colegas o clientes, sobre todo cuando había alguna posibilidad de fracaso. Es una jerarquía temática.

1. Usted está en su oficina con un agente, el señor R. C., discutiendo una entrevista. El cliente en cuestión se está retrasando en sus pagos y usted debe decir a R. C. lo que debe hacer.
2. Es lunes por la mañana y usted está en su oficina. En pocos minutos asistirá a la junta de ventas que se programa regularmente. Está preparado para asistir a la junta.
3. Efectuando una entrevista de sondeo con un posible cliente.
4. En la casa, está sentado y suena el teléfono.
5. Pensando en contestar a una llamada del director de zona.
6. Pensando en contestar a una llamada de un extraño.
7. Llegando a la junta de ventas del lunes, sin estar preparado.
8. Pensando en una visita del director regional.
9. Un compañero agente le pide hacer una visita conjunta a un cliente

10. En una visita conjunta con un compañero agente.
11. Intentando cerrar una venta.
12. Pensando en asistir a una junta de agentes y gerentes.
13. Pensando en ponerse en contacto con un cliente el que debió llamar antes.
14. Pensando en llamar a un posible cliente.
15. Pensando en la solicitud del director regional, en cuanto a nombres de posibles agentes.
16. Solo, manejando hacia la casa de un posible cliente.
17. Llamando a un posible cliente.

La siguiente jerarquía, de la que informa Wolpe (1969, pág. 117), se utilizó con éxito en una estudiante de 24 años. Uno de sus problemas era aminorar la ansiedad por los exámenes. Como la situación final parece bastante específica, la jerarquía siguiente se describe como espacio temporal.

1. Cuatro días antes de un examen.
2. Tres días antes del examen.
3. Dos días antes del mismo.
4. Un día antes.
5. La noche anterior al examen.
6. La hoja de examen se encuentra boca abajo ante ella.
7. Esperando la distribución de las hojas de examen.
8. Ante las puertas cerradas del salón de exámenes.
9. En el proceso de contestar una hoja de examen.
10. Camino de la universidad en un día de examen.

Adviértase que los primeros cinco tópicos transcurren en un continuo temporal muy natural. Podría haberse esperado que el siguiente tópico fuera "camino de la universidad. . pero, en vez de ello ocupa el lugar más elevado de la jerarquía. De manera similar, el tópico "la hoja de examen. . .", contrariamente a lo que pudiera esperarse, no tiene un lugar cercano al más

alto de la jerarquía. Este particular ejemplo resulta instructivo, porque ilustra cómo son en realidad las jerarquías peculiares y cuán importante es que el terapeuta se asegure de que el orden de los tópicos sea impuesto por el paciente y no por el terapeuta, con base en los fundamentos llamados lógicos o intuitivos.

De la última jerarquía a presentar nos informan Marquis y Morgan (1969, pág. 28), la cual se utilizó con un individuo que era exageradamente sensible a la crítica, especialmente en relación con el tema general de "salud mental". Representa un buen ejemplo de jerarquía temática.

1. Un amigo en la calle: "Hola. ¿Cómo estás?"
2. Un amigo en la calle: "¿Cómo te has sentido por estos días?"
3. Hermana: "Debes tener cuidado si no quieres que te internen en el hospital."
4. Esposa: "No deberías beber cerveza cuando estás tomando tu medicina."
5. Madre: "¿Qué te pasa?, ¿no te sientes bien?"
6. Esposa: "Son ideas tuyas, eso sucede en tu cabeza."
7. Dependiente de una gasolinera: "¿Por qué tiembla?"
8. El vecino le presta un rastrillo: "¿Le pasa algo en la pierna? Las rodillas le están temblando."
9. Un amigo en el trabajo: "¿Anda bien tu presión sanguínea?"
10. Dependiente de una gasolinera: "Está usted muy tembloroso, ¿está loco o algo parecido?"

Antes de iniciar la desensibilización se pide al paciente que piense en una o dos escenas que él sea capaz de imaginar claramente y que le provocan sensaciones relajantes y placenteras. Durante la desensibilización se pide al paciente que imagine estas escenas, a fin de facilitar la relajación entre la presentación de los tópicos de jerarquía. Entre las escenas utilizadas por nuestros pacientes se cuentan las siguientes: "Sentado en la escalinata de entrada de una cabaña montañesa, tomando cerveza". "Hace un día claro y tibio y se acerca el anochecer". "Sobre una mesa de masajes, recibiendo uno

después de hacer ejercicios vigorosos". "En casa, una tarde de domingo, escuchando un aria favorita de madame Butterfly". Quizá lo mejor sea animar al paciente a que practique imaginando las escenas en casa, hasta que sea capaz de recordar las imágenes apropiadas cuando se le pida hacerlo.

Paciente y terapeuta están ahora listos para comenzar el procedimiento real de desensibilización. Quizá el paciente haya tenido para el momento muchas oportunidades de practicar la relajación por su cuenta y muestre poca dificultad en inducir la autorrelajación en cosa de algunos minutos. Si por alguna razón no puede inducir por sí mismo un estado de relajación que se aproxime al "1" en la escala de ansiedad (realmente no mayor de "2"), se requerirán instrucciones adicionales dirigidas. No obstante, debe alentarse al paciente a practicar la relajación por su cuenta, hasta que pueda inducir el estado de relajación deseado en un lapso relativamente corto. Cuando el paciente indica que se encuentra en "1" o cerca de él, y no hay signos visibles de ansiedad como respiración irregular, movimiento en las extremidades o en torno a la boca, el terapeuta puede prepararlo para la primera escena.

Se avisa al paciente que se le pedirá que imagine la escena, y que ha de hacerlo tan claramente como le sea posible. Se le recuerda la importancia de que imagine únicamente la escena que se le presenta. Se subraya que debe imaginar la escena como si él la percibiera realmente, en contraste con imaginarse la visión que un observador tendría de él en dicha situación. Se le aconseja que si la escena comienza a cambiar, deberá "regresarla" a su forma original. Por último se le dice que si experimenta ansiedad, sea cual sea, deberá señalarlo inmediatamente levantando un dedo. Los terapeutas difieren un poco en cuanto al tiempo que una escena determinada debe ser imaginada, si bien resulta común la duración fija de 7 a 10 segundos desde el momento en que la escena se presenta (Paul, 1969c) si no hay señal alguna de ansiedad. Wolpe (1969) propone que el paciente señale cuándo ha logrado una imagen clara de la escena que se le presenta, y hacer que continúe imaginándola durante un intervalo específico, generalmente de 5 a 7 segundos.

El procedimiento de medir el lapso de la imaginación desde que el paciente señala haber alcanzado la imagen, tiene dos ventajas decisivas sobre la práctica de iniciar la medición cuando el terapeuta ha terminado de describir la escena. Primera, permite un mejor control del tiempo durante el

cual el paciente realmente experimenta la imagen. Esto reduce la probabilidad de que el paciente no logre indicar cuándo hay necesidad, no porque se le haya desensibilizado respecto a la escena, sino porque no tuvo el tiempo suficiente para imaginarla con claridad. Segundo, la condición de que el paciente indique cuándo experimenta una imagen clara, sirve para recordarle que lograr imágenes claras y realistas, es parte esencial del tratamiento. En todo lo que sigue de este texto adoptaremos el procedimiento siguiente (a menos que se indique lo contrario) para presentar escenas: el paciente recibe instrucciones previas para que levante el dedo cuando imagine la escena claramente. El terapeuta describe la escena, y cuando el paciente señale que ha logrado una imagen clara, el terapeuta dejará pasar 7 segundos (si no se indica ansiedad) antes de pedir al paciente que cese de imaginar la escena.

Ahora se presenta la primera escena de la jerarquía. Si no se indica ansiedad una vez transcurridos los 7 segundos, se pide al paciente que deje de imaginar la escena. Estamos de acuerdo con la proposición de Wolpe (1969) en cuanto que se evalúe el nivel de ansiedad del paciente, aun después de que un tópico se haya completado con éxito, lo cual puede lograrse preguntándole serenamente en dónde "está" él en la escala de ansiedad de 10 puntos. No es raro que los sujetos indiquen una elevación de 1 o 2 en la escala, pese a que no indicaron ansiedad cuando imaginaron la escena. No obstante, si no se indica ansiedad ni incremento en la puntuación (lo que usualmente significa que el cliente está aún en "1") ni se manifiestan signos de ansiedad después de un intervalo de 15 a 30 segundos, el paciente estará listo para la segunda presentación de la misma escena.

El procedimiento es precisamente el mismo para la segunda presentación. Si no se indica ansiedad durante la segunda presentación, ni hay incremento en la ansiedad visible o medida, el terapeuta deberá preguntar si la imagen fue realmente clara, antes de introducir el siguiente tópico de la jerarquía. El terapeuta hará preguntas semejantes de vez en cuando a lo largo del proceso de tratamiento. En ocasiones los pacientes son capaces de evitar la ansiedad, al suprimir o modificar las escenas con el fin de eliminar los elementos nocivos. Por ejemplo, Rimm trató a un paciente que era capaz de imaginar sin ansiedad, escenas interpersonales que en la vida real el provocaban en considerable magnitud, al simplemente borrar las caras de la

gente implicada. Se le hizo ver que esto era un autoengaño y con un poco de práctica, el paciente fue capaz de incluir las caras faltantes.

Especialmente entre los terapeutas principiantes existe la tendencia de "reforzar" al sujeto porque no indica ansiedad. Esto se manifiesta cuando el terapeuta dice (algunas veces con un tono de alivio) "bien", pudiéndose argüir que tal práctica es terapéutica porque recompensa y, por tanto, fortalece la tendencia a relajarse mientras se imagina. Existe el peligro de que lo que se esté reforzando sea la tendencia a no reportar ansiedad, independientemente de cómo se sienta el paciente. Muy probablemente este será el caso si, además de premiar al paciente por no señalar ansiedad, el terapeuta permanece callado (u oculta sutilmente la incomodidad o displacer) después de las señales de ansiedad por parte del paciente. Para evitar este efecto recomendamos que el terapeuta emplee una instrucción estándar siempre que desee que el paciente deje de imaginar una escena, independientemente de si se reportó o no ansiedad: probablemente baste con decir "ahora quiero que deje de imaginar la escena".

Si el paciente indica ansiedad mientras imagina alguna escena, el terapeuta le pedirá inmediatamente que deje de imaginarla, dándose los pasos necesarios para regresar al paciente al estado de relajación. Para muchos pacientes la simple sugestión de que se relaje una vez más, dará como resultado una relajación profunda en breve tiempo. Otros suelen requerir de varios minutos para indicar que están en la posición "1" o cerca de ella en la escala de ansiedad. En tales casos el procedimiento eficaz consiste en hacer que imagine la escena agradable previamente descrita. Por lo común, para superar la ansiedad remanente serán suficientes los sentimientos positivos que surgen de imaginar la escena placentera. Si después de aproximadamente un minuto de imaginar la escena agradable (con la indicación del paciente de que tiene una imagen clara) aún informa ansiedad, el terapeuta preguntará cuáles músculos siente aún tensos y verá que se efectúen los ejercicios de tensión-relajación en esos grupos de músculos. Sea cual fuera el procedimiento empleado para inducir la relajación después de una señal de ansiedad, es importante que el terapeuta se asegure de que se ha logrado un estado de relajación profunda antes de reanudar la desensibilización. Si no hay signos

físicos de ansiedad y si el paciente se "autositúa" en "1" o cerca, se puede deducir que se ha alcanzado dicho estado.

El tiempo que transcurre entre la señal de ansiedad y la reanudación de la desensibilización, es simplemente el periodo que se requiere para restablecer la relajación. Si la señal de ansiedad ocurriera durante la primera presentación de una escena jerárquica particular, después de la relajación indicada se presenta nuevamente la misma escena.

Si la ansiedad persiste aun después de la segunda presentación, puede significar que el paciente no está aún preparado para esta escena. Si la escena en cuestión es la primera (la más baja) de la jerarquía, paciente y terapeuta deben pensar en una nueva escena que provoque aún menos ansiedad que la presente. Si no es la primera, puede que haya ansiedad respecto de la escena precedente, por lo que ésta se presenta nuevamente después de la relajación inducida. Por lo común, bastan una o dos presentaciones para retirar cualquier ansiedad relacionada con esta escena, si bien esto debe corroborarlo la ausencia de señales de ansiedad por parte del paciente. Después de esta etapa se presentará nuevamente la escena en cuestión.

En este punto el señalamiento repetitivo de ansiedad puede indicar que el paciente no se está apegando a la escena que se le presenta; en vez de ello es factible que esté haciendo modificaciones o adiciones, de modo que la escena corresponda realmente a un lugar más alto en la jerarquía. Dicha actividad puede determinarse pidiendo al paciente que describa detalladamente lo que ha experimentado. Esta interrogación se relaciona no solamente con lo que el paciente visualiza, sino con la clase de auto-verbalizaciones reflexivas que le agrega. De hecho, el cliente puede visualizar la escena como se le presenta, pero también verbalizar para sí alguna circunstancia catastrófica relacionada indirectamente con la escena. Por ejemplo, observamos a un individuo al que se desensibilizaba de miedo a volar, que se sentía especialmente temeroso a volar sobre mar abierto. Un interrogatorio reveló que cuando se imaginaba esa escena, reflexionaba sobre la posibilidad de que se lo comieran los tiburones si el avión caía al mar. Si el cliente cambia la escena o reflexiona de esta manera, el terapeuta debe recordarle lo esencial que es mantener la escena como se le presenta. Generalmente basta con esto para facilitar al paciente que imagine la escena sin aumento de ansiedad. Si el paciente indica que ha estado

imaginando la escena como se le presenta, y se ha desechado la hipótesis de que el tópico anterior no fuera completamente desensibilizado, el terapeuta debe suponer que el trecho entre el tópico y el presente es demasiado grande, y que se debe elaborar un tópico adicional. Como con todos los tópicos, la fuente primordial debe ser el cliente, aunque el terapeuta puede sugerir que sea similar en contenido a los dos tópicos adyacentes y sea causa de un grado de ansiedad aproximadamente intermedio a la que provocan los dos tópicos contiguos.

Si el cliente no señala ansiedad durante la primera presentación de una escena dada pero lo hace durante la segunda, el terapeuta debe presentar la misma escena después de la relajación inducida. Si no se indica ansiedad, puede considerarse que el tópico se ha realizado (aunque un terapeuta cuidadoso puede desear presentarla una vez más). Si el cliente sí indica que siente ansiedad, el terapeuta debe regresar a las estrategias descritas.

Con lo anterior terminamos el análisis del procedimiento básico de desensibilización, que se sigue normalmente hasta haber completado con éxito la jerarquía. Sin embargo, antes de dejar la sección de procedimientos de este capítulo, consideremos varios puntos importantes relacionados con la mecánica de la desensibilización.

Transición de una sesión a la siguiente

Es práctica común (Marquis y Morgan, 1969) comenzar una sesión de desensibilización con el último tópico realizado satisfactoriamente durante la sesión anterior. Esto proporciona una natural continuidad entre sesiones, sirviendo también para comprobar si no ha ocurrido alguna reincidencia.

También es común el evitar poner fin a una sesión cuando hay indicación de ansiedad. Como han señalado Lazarus y Rachman (1957), es probable que el cliente recuerde los eventos que se asocian con la terminación de la sesión. A fin de asegurar que ésta termine con una nota agradable, se debe tener cuidado de no presentar nuevos tópicos durante los últimos minutos de la hora de terapia. En lugar de ello se puede ocupar el tiempo en otras actividades; por ejemplo, en analizar el progreso de la terapia.

Duración de la sesión de desensibilización

Wolpe (1969) informa que una típica sesión de desensibilización dura entre 15 y 30 minutos. Por su parte Marquis y Morgan (1969) sugieren que pocos individuos pueden soportar más de 20 minutos de desensibilización continua. Si bien ésta no puede describirse como dolorosa, sí requiere de considerable esfuerzo y concentración por parte del cliente; en la mayoría de los casos, 20 o 30 minutos se pueden considerar un límite razonable. De hecho, en la mayoría de los casos las consideraciones prácticas determinan el tiempo que puede dedicarse a la desensibilización. Suponiendo un estándar de "hora" terapéutica de 50 minutos, al menos parte de ese tiempo se destina al análisis del curso de terapia y a experiencias vivenciales relevantes. Si a esto se añade el tiempo requerido para la relajación inducida inicial, es improbable que el tiempo restante exceda los 30 o 35 minutos.

Por otra parte, si se dispone de tiempo y el cliente es capaz de mantener un nivel adecuado de concentración y motivación, no hay razón teórica que limite la duración de la sesión. De hecho, Wolpin y Pearsall (1965) informan haber eliminado con éxito una reacción fóbica, en una sola sesión continua de 90 minutos.

Desensibilización de fobias múltiples

Hay otra pregunta que se plantea acerca de la estrategia a utilizar, cuando el cliente desea que se trate más de una fobia, lo que a menudo sucede (si bien Wolpe, 1969, informa que pocos clientes manifiestan más de cuatro fobias). Tanto Lazarus (1964) como Wolpe (1969) tratan dos o más fobias simultáneamente, estableciendo jerarquías diferentes para cada una y a menudo deduciendo de ambas durante alguna sesión determinada. Consideramos más eficaz esta estrategia que la que trata separadamente las jerarquías en orden secuencial.

Contactos de la vida real con los estímulos fóbicos

El terapeuta debe tomar una decisión en cuanto a si debe o no alentar al cliente a llevar a cabo situaciones reales descritas en la jerarquía, antes de que termine la terapia. Tanto Bandura (1969) como Wolpe (1969) consideran que esos contactos in vivo pueden ser benéficos; asimismo Garfield, Darwin, Singer y McBreaty (1967) informan que dicho procedimiento facilita la desensibilización. No obstante, procede hacer la siguiente advertencia: quizá no sería conveniente alentar al cliente a vivir una situación correspondiente a un tópico jerárquico aún no desensibilizado. Aun cuando podría haber cierta generalización de mejoría desde los tópicos de jerarquía ya superados hasta esa situación, fácilmente podría ocurrir lo contrario; es decir, que el cliente experimentara una ansiedad muy intensa en tal situación, lo que mediante el proceso de generalización podría provocar que las escenas antes desensibilizadas generaran ansiedad. Si esto ocurriera, retrasaría la terapia, especialmente si el cliente consideró la experiencia como un fracaso que indica que en realidad la terapia no está "funcionando".

Aun cuando los intereses del cliente de "probarse a sí mismo" estén en armonía con el progreso logrado en la desensibilización, sin darse cuenta puede verse de pronto frente a una situación con un lugar mucho más elevado en la jerarquía. Por ejemplo, cuando un hombre a quien se esté tratando por impotencia sexual provocada por ansiedad, alcanza la etapa en que puede acariciar a su compañera mientras conserva la erección, y ésta le pide repentinamente que realicen el coito, la ansiedad sobrevenida podría dar como resultado la pérdida de la erección, y los sentimientos de fracaso se combinarían para provocar un grave retroceso de la terapia. A menos que pueda asegurar que las situaciones correspondientes a un nivel de jerarquía determinada no tienen probabilidades de transformarse en situaciones que provoquen más ansiedad, lo mejor será desalentar tal actividad in vivo hasta que se complete la jerarquía.

La importancia de la relajación

Aunque algunas evidencias (Davison, 1968) sugieren que la realización es necesaria para que la desensibilización resulte eficaz, Schubot (1966)

encontró que esto se cumplía solamente en sujetos que desde el principio eran extremadamente fóbicos. En sujetos moderadamente temerosos ocurrió el mismo grado de mejoría sin importar si la relajación se presentaba simultáneamente con la ansiedad o no; no obstante, parece que los individuos que buscan terapia para sus fobias se parecen más a los fóbicos extremos que a los moderados del estudio de Schubot, lo cual plantea la importancia de la relajación en un ambiente clínico.

Nawas (véase Nawas, Welsch y Fishman, 1970; Miller y Nawas, 1970) y colaboradores han presentado pruebas de que puede no ser necesaria la relajación para la desensibilización, aunque la descripción que utilizaron de los sujetos con fobia a las serpientes deja ver que muchos de ellos pudieron haber sido sólo moderadamente fóbicos. De manera per demás interesante, en un estudio en que la relajación se comparó con otras "respuestas competitivas" (tensión muscular y tareas neutras), se observó que mientras las otras respuestas competitivas apareadas simultáneamente con escenas fóbicas resultaron eficaces para la reducción del temor, la relajación resultaba mucho más eficaz.

La terapia implosiva (detalladamente analizada en el capítulo 8), que sostiene una semejanza muy superficial con la desensibilización, representa una promesa como medio efectivo para eliminar las fobias. Este procedimiento no utiliza nada que se asemeje a la relajación, por lo que los procedimientos y suposiciones teóricas de la terapia implosiva al diferir tan ampliamente de los de la desensibilización, hacen que los resultados de investigaciones que empleen la terapia implosiva tengan muy poco que ver con el papel de la relajación en la desensibilización.

En conclusión, si bien hay pruebas de que la relajación muscular no siempre sea necesaria para aliviar el miedo (Rachman, 1968) existen pruebas considerables de que facilita la desensibilización sistemática. Salvo que surjan investigaciones que contraindiquen el empleo de la relajación, se alienta al lector a que emplee este procedimiento.

Importancia de la jerarquía ascendente

Como se ha indicado, las características de la desensibilización estándar requieren que las escenas se presentadas en forma gradual. Los tópicos se ordenan con la cantidad de miedo que provocan, y al presentar las escenas, se muestran primero las que producen menos temor. Aunque las pruebas disponibles indican que este procedimiento es eficaz, se encontró en cierto estudio (Krapfl, 1967) que el presentar la jerarquía en orden descendente, resultaba más o menos tan efectivo para reducir la conducta de fobia a las serpientes que el procedimiento estándar de orden ascendente. Al eliminar la ansiedad en los tópicos más altos de la jerarquía, mediante un proceso de generalización se puede esperar que la ansiedad se reduzca automáticamente en los tópicos más bajos, por lo que podría parecer más eficaz presentar los tópicos en orden descendente. Aunque conviene señalar que cuando se presentan primero los tópicos más altos de la jerarquía, la intensa ansiedad relacionada con ellos exige un gran número de presentaciones antes de que queden satisfactoriamente desensibilizados. Esto contrasta con las relativamente escasas presentaciones que se requieren cuando se utiliza el orden ascendente usual. En otras palabras, el procedimiento de orden descendente puede no ser necesariamente más efectivo, y lo que es más importante, según indica Bandura (1969), dicho procedimiento puede provocar en el cliente una angustia momentánea considerable (rara vez encontrada cuando se utiliza el método estándar), lo que puede dar como resultado la terminación prematura de la terapia.

Excitación sexual y ansiedad

Si como indica Wolpe (1958, 1969) las sensaciones de excitación sexual pueden inhibir la ansiedad, debemos ser capaces de lograr la desensibilización al presentar simultáneamente dichas sensaciones con estímulos fóbicos. En la práctica real, Wolpe (1958, 1969) tiende a limitar el empleo terapéutico de excitación sexual a problemas que son en sí de contenido sexual, incluyendo impotencia y frigidez. Por lo común la práctica ha sido la de emplear la excitación sexual terapéutica en situaciones de la vida real (in vivo), más que

cuando el cliente sólo las imagina. Cuando tiene un compañero sexual disponible y potencialmente comprensivo, se puede esperar que los procedimientos in vivo den como resultado una mejoría más rápida de lo que podría esperarse de utilizar la desensibilización sistemática (simbólica). De hecho, Masters y Johnson (1970), que emplean procedimientos in vivo similares a los que describe Wolpe, dan informan sobre índices fenomenales de mejoría después de dos semanas de tratamiento intensivo. Aquí presentamos el enfoque general de Wolpe del tratamiento en forma resumida; para descripción más detallada remítase a Wolpe (1969), o al magnífico trabajo de Masters y Johnson (1970), *Human Sexual Inadequacy*.

Quizá el tratamiento de un desorden sexual debiera ir precedido por un riguroso examen médico, a fin de descartar factores físicos o endocrinológicos. En su enfoque del tratamiento, Wolpe (1969) pone gran énfasis en la cooperación del compañero sexual. Al compañero se le explica la naturaleza del desorden sexual y se le instruye para que trate de evitar que el cliente se ponga tenso o ansioso durante las actividades relacionadas con el sexo. Los aspectos psicológicos y fisiológicos del funcionamiento sexual se discuten con la pareja, a fin de eliminar miedos o falsos conceptos que alguno pudiera tener. Se les convence de que no consideren que el mal funcionamiento sexual surge necesariamente de algún desorden psicológico generalizado y profundamente asentado, o de alguna carencia inherente de virilidad o femineidad. Se informa a los clientes de que no hay ninguna urgencia para la realización del acto sexual, eliminando con ello la debilitante presión de "ponerlo en práctica". Comienza entonces una serie de aproximaciones sucesivas y auto- rreguladas a la conducta sexual deseada. Como con las jerarquías de desensibilización sistemática, la jerarquía in vivo se engrana con las ansiedades específicas del cliente. Si el compañero es una persona relativamente desconocida para el cliente (es decir, la "pareja sustituta" Masters y Johnson o, como recomienda Wolpe si no hay otra persona disponible, una prostituta comprensiva), quizá sea mejor comenzar con un encuentro puramente social, como ir a comer juntos. De manera típica, si la pareja es casada, la jerarquía puede comenzar con que ellos se recuesten en la cama total o parcialmente desnudos, sin pensar en ningún tipo de contacto físico. Cuando lo anterior se puede lograr sin incomodidad, el siguiente paso

consiste en incluir el contacto mutuo, evitando específicamente el contacto de genitales o serías. Esto podría ir seguido de contactos o caricias que progresivamente impliquen mayor contacto de genitales, o quizá mediante un abrazo mutuo. Resulta esencial que en cada etapa el cliente sienta que no habrá otras exigencias por parte de su pareja. Con la eliminación de esta presión es probable que el cliente experimente excitación sexual, la cual más adelante inhibirá la ansiedad.

Al tratar la impotencia, cuando el varón ha alcanzado la etapa de poder tenderse sobre su compañera sin sentir ansiedad, la siguiente etapa incluirá el contacto del pene con el clítoris o con otras áreas de los órganos sexuales externo, sin que haya inserción. Cuando puede hacerse esto con plena comodidad, puede proceder una inserción parcial seguida de un poco más y, a la larga, de movimiento. En el tratamiento de la impotencia, así como de otros desórdenes sexuales, conviene desalentar los intentos de entablar actividad sexual cuando alguno de los cónyuges se encuentra fatigado, o cuando ciertos factores de situación (por ejemplo, enojo momentáneo por parte de uno de ellos) producen una pérdida temporal de deseo. Es esencial que ambos sean sinceros en la comunicación de tales sentimientos.

En el tratamiento de la eyaculación prematura, Wolpe recomienda una técnica originariamente propuesta por Semans. Se recomienda a la compañera que manipule el pene, deteniéndose justo antes de que la eyaculación ocurra. Se hace esto varias veces por sesión, durante varias sesiones, hasta que el varón pueda retardar la eyaculación por media hora o más. Masters y Johnson describen una técnica (1970) (la "técnica del apretón") en la que la compañera manipula el pene, pero justo antes de la eyaculación aplica presión sobre la cabeza del pene, lo que inhibe la eyaculación. Dentro ya de la vagina, justo antes de la eyaculación, puede extraerse el pene, aplicarse la técnica del apretón y luego volver a insertarlo.

Al describir el tratamiento de la frigidez, Wolpe (1969) subraya la desensibilización sistemática (basada en las imágenes), más que la desensibilización in vivo. Aunque existen suficientes razones para creer que la desensibilización sistemática resulte eficaz en la eliminación de este desorden, Masters y Johnson (1970) informan sobre la obtención de índices extraordinarios de éxito (más del 80%) utilizando un procedimiento in vivo a

corto plazo, aunado a gran cantidad de orientación. El procedimiento implica aproximaciones sucesivas, que comienzan con el control no genital, prosiguen con la manipulación genital y continúan con varias posiciones de coito. En el tratamiento de la frigidez así como en el de otros desórdenes, Masters y Johnson ponen gran énfasis en el fomento de la comunicación entre cónyuges, especialmente en lo que respecta a compartir sensaciones y sentimientos. Así pues, en el tratamiento in vivo de la mujer frígida, las interacciones del compañero se guían en gran medida por las indicaciones verbales y no verbales de ella. Una explicación precipitada del tratamiento que dan Masters y Johnson a la frigidez no haría justicia a un procedimiento tan bien investigado y razonado, por lo que se remite al lector a la consulta de su obra.

DESCUBRIMIENTOS EMPIRICOS: HISTORIAS DE CASOS

Como ocurre con frecuencia, diversos investigadores adoptaron y emplearon la desensibilización sistemática mucho antes de que se publicara el primer experimento razonable bien controlado (Lang y Lazovik, 1963) que respaldara su eficacia. Tal vez la razón principal para ello fue el "elevado índice de éxito" de que los practicantes informan en la bibliografía correspondiente, muy especialmente Wolpe (1952, 1954, 1958, 1961). En la obra más importante de Wolpe (1958), *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, éste informa que de 210 clientes tratados, cerca del 90% se curaron, o bien, mejoraron notablemente con un promedio de sólo 31 entrevistas. Debe señalarse que muchos de esos 210 individuos fueron sometidos a procedimientos distintos de la desensibilización sistemática (por ejemplo, el de entrenamiento asertivo), si bien Paul C 1969b) concluyó, después de revisar el total de los datos publicados por Wolpe, que el éxito de éste en la desensibilización en sí fue del 92%. Para Wolpe (1961) el éxito significaba que el problema original (por ejemplo, fobia) debía no ser mayor del 20% de su intensidad inicial, medida de acuerdo con la evaluación del cliente.

Wolpe (1958) informó que en otras formas de terapia, primordialmente psicoanalíticas, el índice de éxito no excedía de 60%. Las comparaciones de este tipo están cargadas de dificultades, puesto que los grupos (los tratados mediante métodos wolpianos, en oposición a los tratados de acuerdo a

métodos tradicionales) pueden no ser comparables en lo que respecta a la intensidad o naturaleza de las quejas que se presentan, la duración de la terapia, el criterio para evaluar la mejoría o el número de "diserciones". Asimismo, se debe recordar al lector que el éxito en la clínica, aun con un número tan grande de individuos, no "comprueba" que un método particular realmente funcione (véase cap. 1).

Lazarus (Paul, 1969b), quien recibió su entrenamiento de Wolpe, trató a 220 individuos con la desensibilización sistemática. Utilizando un criterio de mejoría semejante al de Wolpe, Lazarus obtuvo un índice de éxito de 85%, aunque muchos de los individuos de la muestra fueron objeto de otras formas de terapia de la conducta. Hain, Butcher y Stevenson (1966), utilizando la desensibilización sistemática, aunque también otros procedimientos, informaron haber obtenido mejoría en el 78% de los 27 pacientes que trataron. Si bien la bibliografía psicológica y la psiquiátrica contienen un gran número de historias de casos con resultados similares positivos, en la mayoría de los casos, o bien, resulta pequeño el número de pacientes por informe (generalmente sólo uno), o por diversas razones los datos presentados son discutibles.

Al presentar historias de casos, la mayoría de los terapeutas de la conducta informan no sólo los datos obtenidos al término de la terapia, sino resultados posteriores. El periodo de seguimiento varía considerablemente de terapeuta a terapeuta y de paciente a paciente, y en muchos casos no es posible localizar al paciente para llevar a cabo una entrevista de seguimiento. En cuanto a pacientes de cuyos datos de seguimiento se dispone, usualmente el periodo después del tratamiento no será menor de un mes, pudiendo durar varios años. Como lo hemos ya planteado (cap. 1), los terapeutas tradicionalistas pronosticarían que tras el alivio satisfactorio de un "síntoma" mediante el empleo de la terapia de la conducta, dicho síntoma reaparecería o vendría alguno nuevo a reemplazarlo. Dadas las limitaciones del método de historias de casos, aún impresiona el que sean tan escasos los informes de casos bien documentados sobre reincidencia sintomática o sustitución de síntoma (Wolpe, 1958, 1969).

En conclusión, si bien la información de datos acerca de historias de casos no se puede utilizar para establecer la validez de la desensibilización, un

gran número de historias de casos claramente sugieren que la desensibilización puede resultar efectiva en el tratamiento de una amplia gama de desórdenes relacionados con la ansiedad y que la mejoría es duradera, siendo rara la aparición de síntomas de sustitución. Para una concienzuda revisión de esta bibliografía, véase Paul (1969b).

DESCUBRIMIENTOS EMPÍRICOS: EVIDENCIA EXPERIMENTAL

Fobia a las serpientes

Lang y Lazovik (1963) publicaron el primer experimento controlado en el que se ponía a prueba la desensibilización sistemática. Tanto este experimento como la considerable cantidad de investigación que le siguió, emplearon como sujetos a individuos con fobia a las serpientes. La razón de que se escogiera esta fobia como conducta meta en muchas de las investigaciones sobre la terapia de la conducta, se debe en parte al hecho de que el miedo a las serpientes inofensivas es algo relativamente común en nuestra cultura. Además y no obstante lo anterior, en los escritos psicoanalíticos (Fenichel, 1945) es bien conocido el significado sexual simbólico de la serpiente y se pensó que si alguna conducta de desadaptación era sintomática de un conflicto psicosexual subyacente, debería ser la del miedo a las serpientes inofensivas. Si en general el punto de vista psicoanalítico es correcto, uno pronosticaría que es muy difícil eliminar el miedo a las serpientes, y que cuando llegara a ocurrir casi seguramente iría seguido por una sustitución de síntoma.

En la medición conductual de la evitación a las serpientes, Lang y Lazovik (1963) encontraron una reducción considerablemente mayor en sujetos que habían sido sometidos a la desensibilización, que en los de control que no habían sido tratados y casi no mostraban cambio alguno. Resultados similares, aunque más débiles, se obtuvieron cuando se tomó como medida del cambio de la propia evaluación del sujeto respecto de cómo se sentía ante la serpiente de prueba. Seis meses después se llevó a cabo un seguimiento, que de manera por demás interesante mostró que la diferencia entre las mediciones del grupo de desensibilización y el de control, era mayor que la que vino inmediatamente después del tratamiento. Se tuvo el cuidado de

determinar si aparecían nuevos síntomas (fobias), siendo negativa la evidencia respecto de la sustitución de síntomas.

Apegándose a las reglas de la sólida lógica experimental, Lang y Lazovik lograron proporcionar pruebas convincentes de que el conjunto de procedimientos incluidos bajo el rótulo desensibilización sistemática da como resultado el cambio conductual. Con todo, es bastante posible que tal cambio conductual tenga poco que ver con los aspectos específicos de la desensibilización y que los sujetos percibieron que los procedimientos eran terapéuticos y esperaban que funcionaran.

Con el fin de comprobar la posibilidad de efectos placebo, Lang, Lazovik y Reynolds (1965) aplicaron la desensibilización a un grupo de fóbicos a las serpientes, y lo que ellos denominaron seudoterapia, a un segundo grupo. La seudoterapia o procedimiento placebo incluía algunos elementos del procedimiento de la desensibilización, pero excluía los cruciales que, de acuerdo con Wolpe (1958, 1969), serían los necesarios para lograr mejoría. Este procedimiento incluía también un análisis general de diferentes aspectos de la vida del sujeto. Los experimentadores encontraron una mayor mejoría en los sujetos sometidos a desensibilización, que los de la seudoterapia, los cuales se comportaron de manera muy semejante a los sujetos que no habían recibido tratamiento alguno en el estudio anterior (Lang y Lazovik, 1963). Así pues, parece que el éxito logrado por Lang y Lazovik en su estudio original, no fue el resultado de un simple efecto placebo.

Trabajando también con sujetos fóbicos a las serpientes, Davison (1968) proporcionó pruebas que sugieren que la presentación simultánea de estímulos de miedo imaginados, con la relajación, resulta crítico en la desensibilización sistemática. Un grupo de sujetos recibió la desensibilización estándar (es decir, relajación más la presentación de tópicos de la jerarquía). Un segundo grupo recibió la relajación con la presentación simultánea de jerarquías que no estaban relacionadas con la fobia a las serpientes (experiencias comunes de la infancia). Un tercer grupo recibió la jerarquía relativa a las serpientes pero sin relajación, mientras que un cuarto grupo sirvió como control, sin tratamiento. En términos de la voluntad de los sujetos para acercarse a una inofensiva serpiente, el grupo de desensibilización mostró una mejoría significativamente mayor que cualquiera de los otros

grupos (los cuales no mostraron cambio alguno al pasar del "pretest" al "postest"). Entre los sujetos que fueron sometidos a la desensibilización se encontró una elevada correlación positiva entre la mejoría conductual y la reducción de la ansiedad, medida de acuerdo con la autoevaluación de los sujetos.

El estudio de Davison proporciona adicional apoyo a la eficacia de la desensibilización sistemática, y lo que es más importante, brinda también apoyo a una interpretación de contracondicionamiento (es decir, la necesidad de relajación como respuesta competitiva). Con todo, como indicamos en este mismo capítulo, la función exacta que desempeña la relajación es todavía motivo de controversia.

Ansiedad al hablar en público

Paul (1966) demostró la efectividad de la desensibilización en el tratamiento de un miedo difundido y habitualmente extenuante, el miedo de hablar en público y la ansiedad interpersonal relacionada. Además mostró que la desensibilización resulta superior a la terapia tradicional orientada al insight, cuando ambos procedimientos se utilizan durante lapsos idénticos (cinco semanas, una hora por semana). Podría argumentarse que nadie podría esperar progreso de la terapia tradicional en sólo cinco semanas. Sin embargo, se escogió este lapso debido a que los experimentos terapeutas que llevaban la terapia de insight, indicaron que dicho periodo sería suficiente para provocar un cambio en el problema meta. Las principales medidas de la ansiedad del habla fueron: una auto-evaluación efectuada por el mismo sujeto antes de tener que hablar ante una audiencia de desconocidos, manifestaciones objetivas de miedo al dar la plática, y medidas fisiológicas de la emoción determinadas justo antes de dar la charla. Pese a que los sujetos de insight mostraron una mejoría mayor que la de los sujetos control, no difirieron en su desempeño de un grupo más que recibió tratamiento atención placebo; nuevamente el grupo de desensibilización resultó superior a los demás en las tres medidas. Seis semanas después un seguimiento reveló resultados muy

semejantes. En esta etapa, se llevó a cabo una cuidadosa inspección sobre sustitución de síntoma, sin evidencia de que hubiera ocurrido.

Woy y Efran (1972) informaron de una reproducción parcial del estudio de Paul, en la que manejaron una variable adicional: la expectativa del sujeto. A un grupo de sujetos con ansiedad al hablar en público se le suministró una droga descrita como tranquilizador de acción rápida, diciéndoles que eso aumentaría el poder del tratamiento. A los de un segundo grupo se les dijo que no se les suministraría dicha droga. Ambos grupos fueron sometidos a cinco sesiones de desensibilización de cincuenta minutos. Un tercer grupo de tratamiento sirvió como control. De acuerdo con los hallazgos de Paul, en la mayoría de las mediciones los sujetos que fueron sometidos a la desensibilización mejoraron significativamente más que los de control. Solamente en una medida, la autopercepción de mejoría, el grupo de expectativa positiva mostró un cambio significativamente mayor que el de expectativa neutra. No se informó de ningún seguimiento.³

Ansiedad por los exámenes

Entre los miembros de cualquier población escolar, la ansiedad por los exámenes representa un área problemática de considerable importancia para el individuo, ya que la ansiedad grave por los exámenes puede deteriorar seriamente el desempeño académico y arriesgar la probable carrera profesional del individuo. Varios estudios han proporcionado pruebas de que la ansiedad por los exámenes se puede tratar con eficacia mediante el empleo de la desensibilización sistemática. Entre ellos se encuentran informes de Emery y Krumboltz (1967) y Suinn (1968). En ambos estudios, los individuos con este tipo de ansiedad que recibieron desensibilización informaron haber logrado una mayor reducción en su ansiedad por los exámenes que los sujetos control. Un estudio de Johnson (1966), que incluyó un grupo control placebo, proporcionó respaldo adicional a la desensibilización como medio efectivo para el tratamiento de la ansiedad por los exámenes.

Resumen

Aunque esta revisión de la experimentación controlada no pretende ser exhaustiva, será suficiente para convencer al lector de que existe amplia evidencia científica de la que la desensibilización sistemática constituye una técnica efectiva, aplicable a una gran diversidad de problemas. Un estudio del que informa Moore (1965), sugiere que el espectro de los problemas que se pueden tratar satisfactoriamente mediante el empleo de esta técnica es en verdad muy extenso. Moore trabajó con adultos y niños asmáticos, encontrando que la desensibilización resultaba superior a las técnicas de control para provocar una mejoría de corriente máxima, una medida común de la gravedad de un ataque. Claro que esto no quiere decir que todos los casos de asma muestren mejoría después de la desensibilización; no obstante, sugiere que existen muchas áreas problemáticas que usualmente no se caracterizan como "fóbicas" que pueden tratarse mediante el empleo de la desensibilización.

Desensibilización en grupos

En todos los estudios que acabamos de resumir, los sujetos fueron tratados en forma individual. La desensibilización en grupo brinda la obvia ventaja de permitir que una mayor cantidad de individuos que necesitan ayuda reciba el tratamiento. Al igual que en el tratamiento individual, las pruebas experimentales que respaldan la efectividad de la desensibilización en grupos es impresionante. El primer informe de ese tipo provino de Lazarus (1961), quien trabajó con pacientes que eran principalmente fóbicos a las alturas, claustrofóbicos o varones sexualmente impotentes. Los sujetos recibieron desensibilización en grupo, o interpretación tradicional, o bien esta última más relajación. Con base en el autorreporte, el número de individuos que recibió desensibilización en grupo y que mostró mejoría, fue mucho mayor que el de los individuos de cualesquiera de las otras dos condiciones. Uno de los aspectos más notables de este estudio fue el empleo de muchas pruebas conductuales rigurosas, aplicadas a los participantes que indicaban haber mejorado. Un mes después de que terminara la terapia, se les pidió a los fóbicos a la altura que se subieran a la

azotea de un edificio de ocho pisos y que contaran los automóviles que pasaban por la calle durante dos minutos. Los claustrofóbicos debían permanecer en un cubículo pequeño durante cinco minutos, sin angustia. Lazarus informa que todos los participantes, excepto dos (tanto entre fóbicos a la altura como claustrofóbicos) fueron capaces de efectuar su tarea.

A partir de la publicación del estudio de Lazarus, se ha dado parte de un número considerable de estudios en los que la desensibilización en grupo ha resultado eficaz. Representativos son el estudio de Rachman (1966a, b) con fóbicos a las arañas, el de Paul y Shannon (1966) con estudiantes de universidad que sufrían de ansiedad interpersonal, y el de Taylor (1971) en relación con el alivio de la ansiedad por los exámenes. Así pues, parece claro que la desensibilización resulta tan efectiva en el tratamiento de grupos, como en el de individuos.

Desensibilización automatizada

La desensibilización automatizada se refiere a la presentación de las instrucciones al sujeto en cierta forma mecánica (comúnmente en una grabadora), con poco o ningún contacto en vivo con un terapeuta. Diversos estudios (Melamed y Lang, 1967; Kahn y Quinlan, 1967) han proporcionado evidencias que sugieren la desensibilización automatizada como un procedimiento terapéutico altamente eficaz. La técnica que presenta Cotler (1970) ilustra la mecánica de la desensibilización automatizada.

Los sujetos fueron fóbicos a las serpientes, elegidos con base en cuestionario y en una prueba de evitación conductual. Durante una segunda sesión se dio al sujeto una explicación de la desensibilización y del propósito del estudio, todo en cinta magnetofónica. Después un experimentador respondía a cualquier pregunta relativa a la cinta, y si el sujeto deseaba participar, se concertaba una cita futura. Durante el resto del tratamiento el sujeto no tenía absolutamente ningún contacto con experimentadores o terapeutas reales.

En las sesiones siguientes se dieron al sujeto instrucciones sobre relajación y visualización, así como sobre la manera de utilizar el aparato automatizado, todo en cinta magnetofónica. También en cinta, durante las

siguientes sesiones, se presentó una jerarquía estándar de 16 tópicos. El sujeto controlaba el avance de la cinta utilizando cinco botones situados al alcance. Debía usar el primer botón siempre que quisiera visualizar una escena jerárquica o concentrarse en la relajación. Los botones dos y tres se presionaban cuando el sujeto podía imaginar la escena jerárquica con poca o ninguna ansiedad, presionando para que la cinta avanzara a un tópico más alto en la jerarquía. Los botones cuatro y cinco debían presionarse cuando el sujeto experimentara niveles elevados de ansiedad mientras se imaginaba la escena jerárquica, lo cual hacía que la cinta retornara cíclicamente a un conjunto de instrucciones de relajación previamente presentado. Este procedimiento continuaba hasta que el sujeto era capaz de imaginar todas las escenas jerárquicas con un mínimo de ansiedad.

Al aplicar este procedimiento altamente mecánico, Cotler encontró que los sujetos experimentaban una marcada reducción en su autoevaluación de la ansiedad, en presencia de una serpiente inofensiva, lo mismo que un apreciable incremento en la tendencia a acercarse al animal, con una mejoría que se mantuvo a lo largo de un mes en que se practicó un seguimiento. Los sujetos control mostraron poca o ninguna mejoría.

Los resultados positivos obtenidos con la desensibilización automatizada son importantes por dos razones: primera, existe una ganancia práctica con relación al tratamiento que aplica un terapeuta real, en el sentido de que el paciente puede recibir dicho tratamiento a su propia conveniencia, con el número de pacientes que reciben desensibilización simultánea limitado solamente por el número de aparatos disponibles. Segunda, que la desensibilización automatizada puede fortalecer la opinión de que el proceso en sí, es terapéuticamente válido, ya que si los resultados positivos que se obtienen con un terapeuta real no reflejaran más que un deseo de complacer a éste, difícilmente podría esperarse éxito alguno con los procedimientos automatizados y sin terapeuta presente.

TEORÍA DE LA DESENSIBILIZACIÓN

El punto de vista wolpiano

Wolpe (1958, 1969) considera la desensibilización como un caso de contracondicionamiento. En este contexto, contracondicionamiento significa la sustitución de una respuesta emocional apropiada o que se adapta a una situación determinada, por otra que es de desadaptación. De acuerdo con Wolpe (1958, 1969), en la mayoría de los casos la emoción de desadaptación constituye ansiedad, misma que como estado emocional ha sido tratada de diversas maneras por diferentes autores; sin embargo, Wolpe es bastante específico en el uso que hace del término: ansiedad es primordialmente un patrón de actividad del sistema nervioso simpático que ocurre cuando un individuo es expuesto a cierto tipo de amenaza. Los anatomistas tradicionalmente han dividido el sistema nervioso humano en tres partes: el sistema nervioso central, que abarca los nervios del cerebro y de la médula espinal; el sistema nervioso somático, que sirve a los diversos sentidos así como a los músculos llamados voluntarios, y el sistema nervioso autónomo que inerva al corazón, las glándulas, conductos sanguíneos y otros órganos internos. Los anatomistas posteriormente dividen el sistema nervioso en dos partes: el sistema nervioso simpático y el parasimpático. La actividad del sistema nervioso simpático es lo que tanto profanos como científicos tienden a asociar con la "emocionalidad exaltada". Los cambios corporales relacionados con la actividad autónoma en incremento abarcan el aumento de la presión sanguínea y el pulso, decremento de la circulación sanguínea hacia el estómago, incremento de la misma hacia los grandes músculos voluntarios, sequedad en la boca y dilatación de las pupilas, así como muchos otros cambios.

Según Wolpe, estos cambios corporales considerados en conjunto, constituyen la base de la respuesta de ansiedad.

Wolpe supone que los individuos aprenden a experimentar ansiedad en presencia de ciertos estímulos, mediante un proceso de condicionamiento clásico o pavloviano; por ejemplo, se puede esperar que un niño pequeño no tenga sentimientos particulares, positivos o negativos, en presencia de perros; pero si a ese niño lo muerde un perro puede esperarse que la ansiedad asociada con la experiencia quede condicionada al estímulo asociado con el perro, por ejemplo, la visión de ese perro en particular. Mediante un proceso

de generalización el niño podría experimentar ansiedad en presencia de otros perros. La sensación de incomodidad que el niño experimentara al ver un perro tendría por base la ansiedad, lo que le motivaría que intentara eludir al perro.

La interpretación teórica de Wolpe respecto de la desensibilización es relativamente honesta. Si mientras experimenta estímulos que usualmente hacen surgir la ansiedad, la persona puede experimentar una respuesta que inhiba dicha ansiedad, el efecto será una reducción de la cantidad de ansiedad provocada por dichos estímulos. Wolpe utilizó el término inhibición recíproca (que tomó del fisiólogo Sherrington, 1906) para caracterizar la inhibición de la ansiedad mediante alguna respuesta competitiva. Como lo hemos planteado, existen diversas respuestas que Wolpe supone capaces de inhibir la ansiedad. Entre las más frecuentemente utilizadas en la terapia de la inhibición recíproca se incluyen la relajación, la conducta asertiva y la sexual. Desde el punto de vista fisiológico, se supone que estas clases de conducta tienen una característica primordial en común: todas están asociadas con un predominio de la actividad nerviosa parasimpática. Se supone además, que la actividad exaltada del sistema nervioso parasimpático inhibe recíprocamente la actividad del sistema nervioso simpático. Puesto que se considera que la actividad nerviosa simpática sirve de base a la ansiedad, se deduce que respuestas como la de relajación, la aserción y la conducta sexual deben ser capaces de inhibir la ansiedad.

Si bien las dudas acerca de que la desensibilización constituya un procedimiento terapéutico extremadamente efectivo son pocas, la base teórica que Wolpe ha proporcionado no carece de defectos. Quizá el más grave de ellos se relacione con su concepción de la ansiedad como un fenómeno que surge de la actividad nerviosa simpática.

Existen pruebas de que la presentación del material fóbico simbólico da como resultado un incremento en la actividad simpática (Grossberg y Wilson, 1968; Rimm y Bottrell, 1969) y de que la inducción a la relajación produce una reducción de la actividad simpática, junto con un decremento de la ansiedad de que informa el individuo (Paul, 1969d; Paul y Trimble, 1970; Rimm, Kennedy, Miller y Tchida, 1971). Sin embargo, cabe preguntarse si tales cambios en el nivel de actividad nerviosa simpática (o los cambios corporales

relacionados) causan cambios correspondientes en la incomodidad experimentada y en la conducta de evitación.

Una forma de responder a esta pregunta es la de manipular el nivel de actividad simpática y ver si produce efectos en la conducta de la evitación. Wynne y Solomon (1955) "desactivaron" quirúrgicamente el sistema nervioso simpático de perros que antes habían aprendido a evitar un shock doloroso siempre que un estímulo de alarma se presentaba. Si la actividad simpática sirve como motivo primordial de la evitación, sería obvio pronosticar que los perros dejarían inmediatamente de dar la respuesta de evitación en presencia del estímulo de alarma. Como resultado, los perros mostraron muy poca tendencia a reducir su nivel de conducta de evitación.

Por razones obvias, no es posible realizar experimentos controlados de esta naturaleza con sujetos humanos. Sin embargo, se puede producir un estado corporal idéntico al que resulta de la actividad simpática con una inyección de epinefrina (también llamada adrenalina). De hecho, cuando un individuo se halla en tensión, las glándulas suprarrenales segregan cantidades mayores de esta hormona directamente a la corriente sanguínea, lo que causa que los cambios inducidos por el simpático continúen durante un periodo más largo. Por tanto, si la incomodidad del tipo de la ansiedad es causada en el hombre por la actividad simpática, como sugiere Wolpe, una inyección de epinefrina provocaría que el individuo experimentara una elevación de ansiedad. Los experimentos de Schachter (Schachter y Singer, 1962; Schachter y Wheeler, 1962) y colaboradores han proporcionado pruebas convincentes de que esto, por lo general, no es cierto. En un experimento, los sujetos a quienes se administró epinefrina comparados con sujetos control, se enojaban o ponían más eufóricos, dependiendo de si se les exponía a un modelo que se comportaba en forma obviamente de enojo o eufórica. En otro estudio, los sujetos que recibieron epinefrina antes de observar parte de una película cómica, rieron realmente más que estaban bajo las condiciones de control, no respaldando la opinión de que la excitación de tipo simpático provoca mayor ansiedad en la gente. Por tanto, parecería que en los seres humanos la actividad nerviosa simpática no ocasiona que una persona experimente un particular tipo de emoción (como ansiedad, ira o alegría), aunque una vez que

circunstancias externas inician ese estado, la actividad simpática exaltada tiende bastante a exagerar o amplificar un estado emocional de ese tipo.

Se deduce, pues, que la ansiedad no es simplemente un estado elevado de activación simpática nerviosa, contrariamente a la opinión de Wolpe. Esto debilita uno de sus principales argumentos teóricos: que actividades como la relajación muscular reducen la ansiedad al provocar un estado de dominio parasimpático que inhibe la actividad simpática. No obstante, debemos explicar por qué los procedimientos como la relajación muscular profunda producen la reducción de la ansiedad y aún más, cómo se relaciona este fenómeno con la desensibilización.

Otras teorías de la desensibilización

Wolpe supone que en la desensibilización, la ansiedad se reduce mediante la inhibición recíproca al nivel del sistema nervioso autónomo. Todavía podemos conservar el concepto de inhibición recíproca al explicar los efectos de la desensibilización, como sugiere Bandura (1969), suponiendo que la inhibición de la ansiedad ocurre en alguna parte del cerebro mismo. Se puede especular que de alguna manera la relajación muscular activa un mecanismo de antiansiedad dentro del cerebro, y que los estímulos externos correlacionados con la activación de este mecanismo pierden su capacidad de evocar la ansiedad.

Una interpretación de la ansiedad, semejante a la propuesta por Jacobson (1938), destaca la importancia de la tensión muscular per se en el estado de ansiedad. Se supone aquí que los mensajes neurales retroalimentados al cerebro a partir de los músculos en tensión, constituyen la base de la ansiedad experimentada. Se supone además que la retroalimentación proveniente de los músculos flácidos es incompatible con la ansiedad. En la desensibilización, se induce a un estado generalizado de relajación muscular, siendo admisible que los estímulos simultáneamente presentados con dicho estado provocarán menos ansiedad.

Si bien tal interpretación de la ansiedad puede ser el mejor de los casos una sobresimplificación, es interesante notar la frecuencia con que el lego describe su respuesta a la experiencia aversiva, haciendo referencia a la

tensión muscular. Por ejemplo, un individuo detestable puede ser descrito como "un dolor de cabeza", y la previsión de un evento exasperante puede evocar un: "¡Oh, mi dolor de espalda!" Un individuo puede caracterizar su respuesta a una experiencia aterradora, con "sentí un nudo en el estómago", con la connotación evidente de una incomodidad dolorosa. Si bien no siempre se considera a la ansiedad como un dolor físico localizado, es posible que una tensión muscular más difusa y generalizada, contribuya realmente a la formación directa del estado de ansiedad. Se esperará que toda respuesta que reduce la tensión muscular haga disminuir la ansiedad. Por desgracia, una interpretación así de la ansiedad no logra explicar por qué la asertividad o la excitación sexual reducen la ansiedad, puesto que ninguna de estas respuestas se caracteriza por la relajación muscular.

Nawas, Fishman y Pucel (1970) suponen que la relajación muscular, cuando se utiliza con la desensibilización, actúa como "distractor" que elimina la respuesta de ansiedad de desadaptación. Nawas y colaboradores (1970) suponen además que otros dos procesos contribuyen también al éxito de la desensibilización; uno es la "tolerancia", en la que el individuo llega a acostumbrarse al estímulo que antes fue nocivo (imagen visual nociva) al orientársele al mismo en forma gradual, mientras que el otro es el agotamiento, en el que la exposición repetida ocasiona la fatiga del estado de ansiedad.

Existen otras interpretaciones adicionales de la desensibilización que descansan sobre bases más cognoscitivas. En el capítulo 10 se estudia la función de los factores cognoscitivos; por el momento, se presentan en forma de resumen. London (1964) supuso que en la desensibilización el sujeto aprende a discriminar entre el estímulo real al que teme y el estímulo que imagina, aprendiendo también que el hecho de experimentar imágenes aterradoras no acarrea consecuencias de la misma índole. Se supone que ambos elementos contribuyen al éxito terapéutico. Ellis (1962) supone que la ansiedad y la conducta de evitación resultan primordialmente de autoverbalizaciones de naturaleza irracional; autoverbalizaciones que se debilitan en la desensibilización, lo que posiblemente explique su efectividad. Algunos autores han subrayado la importancia de las expectativas al explicar el éxito de la desensibilización (véase Wilkins, 1971), mientras otros destacan

la importancia de la forma en que los individuos interpretan sus propias respuestas emocionales al controlar la conducta fóbica (véase Valins y Ray, 1967).

En resumen, obviamente no existe escasez de explicaciones teóricas de la desensibilización, planteadas como alternativas a la interpretación de Wolpe. Aunque todas presentan cierto grado de admisibilidad, a la fecha ninguna ha logrado nada que se acerque a la aceptación universal. Es posible que en la desensibilización se combinen diversos componentes distintos, potencialmente terapéuticos, con individuos que difieren en cuanto a lo mucho que obtienen de cada uno de dichos componentes. Por ejemplo, es factible que un cliente obtenga beneficios primordialmente de aprender cómo relajar sus músculos en presencia de un estímulo anteriormente aterrador, en lo que para otros clientes, el desaliento implícito de pensamientos obsesivos puede ser el elemento más difícil, mientras que para un tercero el aprender que imaginar un estímulo aterrador no trae consecuencias catastróficas, puede resultar crítico. En última instancia, fuera cual fuese la explicación (o explicaciones) teórica que demostrara ser la más válida, se recuerda al lector que la desensibilización sistemática es un técnica terapéutica muy exitosa que tiene un respaldo empírico bastante sustancial.

EL TRATAMIENTO COMPORTAMENTAL DE LA INADECUACION SEXUAL¹⁰

Andrew Mathews, John Bancroft, Antonia Whitehead, Ann Hackmann, David Julier, Judy Bancroft, Dennis Gath y Phyllis Shaw

RESUMEN

Se trataron treinta y seis parejas que se quejaban de dificultades sexuales utilizando uno de los tres siguientes métodos: (1) Desensibilización sistemática más consejería, (2) Práctica dirigida —basada en Masters y Johnson— más consejería, (3) Práctica dirigida con contacto mínimo con terapeuta. Ambos miembros de cada pareja se trataron juntos, pero a la mitad de los sujetos de cada grupo los trataba un sólo terapeuta y a la otra mitad una pareja de terapeutas, Las diferencias en los resultados entre los grupos no fueron altamente significativos, pero se hallaron tendencias consistentes que sugieren que la combinación de práctica dirigida y consejería se asocia con el máximo cambio, particularmente cuando toman parte en el tratamiento dos terapeutas.

INTRODUCCION

A partir de la publicación de *Human Sexual Inadequacy* (Masters y Johnson, 1970), ha habido un marcado aumento en el optimismo y entusiasmo sobre el tratamiento de las disfunciones sexuales en parejas. Masters y Johnson basan su informe sobre el tratamiento de aproximadamente 800 pacientes, 300 de los cuales habían tenido seguimiento durante 5 años; afirman haber logrado tasas de éxito considerablemente más altas que los estudios anteriores,

¹⁰ Este artículo se puede considerar “un clásico”. Se publicó en el libro de R. Ardila “Terapia del comportamiento (DDB) en 1980. Conviene leerlo teniendo en cuenta esa consideración

siendo los más bajos de 60-70 % para el caso de la impotencia. Sin embargo, en ausencia de un criterio objetivamente definido de éxito, o de una comparación controlada con otros tratamientos alternativos, es difícil estar seguros de si las altas tasas de éxito logradas por Masters y Johnson pueden ser un artefacto del procedimiento de evaluación o de la auto-selección de los pacientes, o si por el contrario reflejan un avance significativo en las técnicas de tratamiento (Laughren y Kass, 1975). El presente estudio se planeó como una evaluación controlada del procedimiento; utiliza una modificación del mismo, más adecuada para las clínicas ordinarias del servicio nacional de salud; al mismo tiempo es una investigación preliminar acerca de la parte que juega cada uno de los diferentes componentes en este tratamiento. Distinguimos entre dos componentes principales, uno de los cuales puede llamarse «práctica dirigida» y el otro «consejería». El primero, la práctica dirigida, lo describen Masters y Johnson con cierto detalle e incluye esquemas generales para dar y recibir placer, y técnicas elaboradas para problemas específicos. El componente de «consejería» está descrito con menos claridad, aunque se dice que tiene importancia para cambiar las actitudes que bloquean la práctica dirigida. La importancia relativa de estos dos componentes tiene tanto interés teórico como clínico.

Los tres métodos utilizados en el presente estudio se eligieron para contrastar los dos componentes, usados separadamente y en combinación. Un tratamiento incluía ambos componentes, con nuestra modificación hecha para las clínicas del servicio nacional de salud, incluyendo visitas una vez por semana a la clínica. Otro método contenía el componente de la práctica dirigida, pero se minimizaba la consejería usando un enfoque de «curso por correspondencia», con instrucciones enviadas por correo. Como no se consideró práctico usar solamente consejería, el tercer tratamiento combinó la consejería con la desensibilización sistemática. Así, este último tratamiento permite una comparación de la práctica dirigida con un enfoque comportamental alternativo, ambos en combinación con la consejería. En resumen, los tres tratamientos consistieron en (1) desensibilización sistemática con consejería, (2) práctica dirigida con consejería, y (3) práctica dirigida con el mínimo posible de consejería.

En todos los tratamientos tomaron parte ambos miembros de la pareja con funciones, ya que las técnicas de práctica dirigida no pueden aplicarse a un solo paciente. Era posible investigar la necesidad de una pareja de terapeutas de ambos sexos, que Masters y Johnson enfatizaban. Ya que la utilización de dos terapeutas duplica el costo en tiempo profesional, era importante examinar si dos terapeutas lograban resultados mejores que uno solo, en cualquiera de los tratamientos investigados.

METODO

DISEÑO DEL ESTUDIO

Los pacientes que se presentaban a la clínica buscando tratamiento para sus dificultades sexuales, con los cónyuges dispuestos a participar en el tratamiento, se distribuyeron al azar a uno de los tres procedimientos de tratamiento, y a uno o dos terapeutas, en un diseño factorial balanceado. Se entrevistó primero a los miembros de cada pareja y se analizaron sus dificultades por uno de los psiquiatras que desconocían la forma del tratamiento y al terapeuta. Los psiquiatras decidieron qué miembro de la pareja parecía ser el más afectado (o sea, el que tenía mayor grado de disfunción sexual), y se balanceó el sexo del principal consultante a través de los tratamientos y de los terapeutas. Cuando las parejas se asignaban a un solo terapeuta, éste era del mismo sexo del consultante principal.

El primer encuentro con el terapeuta fue programado cuatro semanas después de la entrevista y evaluación previa, para dar tiempo a un período de línea base de auto-evaluación, usando diarios de comportamiento sexual. El tratamiento empezó similarmente en todos los casos, con una historia sexual detallada tomada separadamente para cada cónyuge, seguida por una discusión en forma de mesa redonda, incluyendo a los dos cónyuges. Se hicieron exámenes físicos entre la primera y segunda visitas, en el caso de las mujeres estos exámenes se llevaron a cabo en una clínica de planificación familiar cercada, de manera que cualquier problema referente a anticonceptivos pudiera tratarse también.

Entonces empezaron los diferentes tratamientos, con una visita semanal a la clínica, o con un intercambio semanal de cartas, y continuó durante otras

10 semanas. Al final de este período transcurrieron 4 semanas más antes de que a cada pareja la viera nuevamente un asesor psiquiátrico independiente, y se programó una entrevista final con el asesor y luego con el (los) terapeuta (s) después de otros tres meses, constituyendo en total un período de seguimiento de 4 meses.

PACIENTES

Se incluyeron a 36 parejas, 18 de las cuales fueron clasificadas con problemas predominantemente del varón, y 18 con problemas de la mujer. De los consultantes varones, 13 experimentaban problemas de erección y 12 tenían algún grado de eyaculación precoz, con 8 pacientes que tenían ambos problemas. Sólo había un paciente con incompetencia eyaculatoria. Entre las consultantes mujeres, era común la incapacidad de experimentar el orgasmo (13 pacientes), en contraste con el vaginismo, que ocurría en un solo caso de la muestra. La queja más frecuente era bajo interés general y poca excitación en las relaciones sexuales, lo cual ocurría en algún grado en 17 de las 18 consultantes. Los esposos de las consultantes reportaron menos dificultades sexuales; en circunstancias apropiadas, sólo tres de de ellos habían experimentado imposibilidad de erección, aunque 8 tenían cierto grado de eyaculación precoz. En contraste, las esposas de los consultantes varones estaban más severamente afectadas; las 18 sufrían de dificultades orgásmicas y 13 tenían carencia de interés o de excitación sexual. Las parejas con el consultante masculino eran de más edad (véase la Tabla 1) y correspondientemente habían co-habitado por más tiempo, aunque la duración promedio (5.2 años, rango de 1 a 22), no era diferente. Cerca de dos tercios de todos los pacientes habían experimentado previamente una relación más satisfactoria; en la mitad del total de los casos había sido con el compañero actual.

23 de las 36 parejas fueron enviadas por médicos generales y el resto por clínicas de planificación familiar y por consejeros matrimoniales, lo mismo que por médicos y psiquiatras de la región. Varios individuos (9 de un total de 72) estaban actualmente en tratamiento por algún otro disturbio psicológico, generalmente con tranquilizantes menores, y entre todos, 17 habían recibido

ese tipo de tratamiento en alguna ocasión anterior. Un mayor número de mujeres que hombres había recibido tratamiento (véase la Tabla 1).

Tabla 1

PROMEDIO DE VARIABLES DEL PRE-TRATAMIENTO, MOSTRANDO LAS DIFERENCIAS IMPORTANTES ANTES DEL TRATAMIENTO, ENTRE LAS PAREJAS DE CONSULTANTES MASCULINOS Y FEMENINOS

Compañeros	Parejas con consultante masculino		Parejas con consultante femenino	
	Masculino	Femenino	Masculino	Femenino
Edad (años)	38.3	35.7	32.2	28.0
Período de co-habitación (años)		13.3		6.4
Frecuencia de otros trastornos	3	4	1	9

SELECCION DE PACIENTES Y PREPARACION PARA EL TRATAMIENTO

Al comienzo las parejas fueron entrevistadas por uno de los psiquiatras independientes, quienes elaboraron una historia general y sexual de ambos cónyuges separadamente y aseguraron que se llenaran los criterios de selección. Además de evaluar la presente relación y de aplicar algunos tests de lápiz y papel, el asesor independiente les hizo llevar diarios de los contactos sexuales que tuvieran en las siguientes tres semanas; a las parejas se les dió una descripción escrita del tiempo del curso y de los principios generales del tratamiento, pero se mencionaron procedimientos específicos.

PACIENTES QUE NO TERMINARON EL TRATAMIENTO

De los pacientes que se trataron durante el período del estudio pero que no se incluyeron entre las 36 parejas, 9 asistieron pero fueron considerados inapropiados o rehusaron el tratamiento, y 7 empezaron el tratamiento pero no lo terminaron. En el caso de las 9 parejas que asistieron pero no entraron en el tratamiento, la razón más común fue que el problema no parecía ser principalmente sexual sino de desarmonía marital general u otro disturbo psicológico. De las 7 parejas que empezaron pero que no terminaron el tratamiento, 2 se separaron durante el tratamiento, 4 reportaron dificultades en cumplir los requisitos de práctica en la casa, y se consideró a un paciente como demasiado deprimido para poder continuar el tratamiento.

TERAPEUTAS

Había seis terapeutas, tres hombres y tres mujeres, todos ellos psicólogos clínicos o psiquiatras. Fueron divididos en equipos de ambos sexos y cada equipo trató por lo menos a una pareja antes de iniciar el presente estudio, para familiarizarse con el trabajo en común y con los procedimientos del tratamiento. Antes y durante el estudio, todos los terapeutas se reunían semanalmente para discutir los problemas que surgían del tratamiento, y para ayudar a mantener los procedimientos constantes entre los terapeutas.

TRATAMIENTOS

Se prepararon manuales que presentaban un esquema de la desensibilización e instrucciones de práctica, junto con los objetivos y límites para la discusión de consejería, dejando al terapeuta en libertad para cambiar el énfasis según las necesidades individuales de los consultantes. Todos los tratamientos empezaron con una sesión para tomar la historia clínica centrada en el desarrollo sexual, en la historia del problema y en las actitudes y comportamientos sexuales presentes. En la segunda sesión, una semana después, que era la «discusión de mesa redonda», los terapeutas intentaron resumir e integrar la historia de cada cónyuge, y resolver cualquier discrepancia. Una vez que se logró un acuerdo en los relatos, el (los) terapeuta (s) continuó (aron) dando una breve explicación de las posibles causas del

problema, enfatizando las actitudes y comportamientos de cada cónyuge y su influencia sobre la relación, en vez de responsabilizarse a sólo uno o al otro. A las parejas se les reiteró que, dadas las condiciones apropiadas, la disfunción sexual era reversible, y se describieron y discutieron los procedimientos específicos que se iban a emplear.

Tratamiento 1.—Desensibilización sistemática más consejería

En la segunda sesión o «discusión de mesa redonda» se explicaron los principios de desensibilización sistemática y de la formación de jerarquías, y a la pareja se le pidió que preparara jerarquías para la siguiente sesión. Las primeras sesiones en adelante consistieron principalmente en entrenar en la relajación y la desensibilización, y siempre que era posible, estos procedimientos fueron llevados a cabo con ambos cónyuges usando una misma jerarquía de situaciones sexuales. La desensibilización se podría llevar a cabo separadamente con los puntos que no eran comunes, o si uno de los cónyuges progresaba menos rápidamente, el otro a veces asumía un papel de «ayuda» (v. g., presentando puntos imaginativos). A la pareja se le recomendó que practicase la relajación en su casa y que repitieran la desensibilización imaginaria que se había llevado a cabo durante las sesiones de tratamiento. Se les sugirió que destinaran tiempo para tener contactos físicos pero que limitaran su comportamiento sexual a los puntos que habían sido «desensibilizados» con éxito. En las últimas sesiones, la desensibilización imaginaria la llevaron a cabo principalmente los pacientes en la casa, y las sesiones con el terapeuta se utilizaron ante todo para dar consejería sexual general y para discutir los problemas que habían surgido en la casa durante la práctica de desensibilización. Se discutía cualquier actitud o creencia que parecía ser relevante o que obstruía al progreso, y se intentó modificarlas usando el enfoque de la consejería. El énfasis siempre se ponía en la importancia de la comunicación libre de los sentimientos sexuales entre las parejas.

Tratamiento 2.—Práctica dirigida más consejería

En la segunda sesión (discusión de mesa redonda) se prohibió completamente el coito y la estimulación genital, y se les dieron instrucciones* (llamadas «focos de sensación» por Masters y Johnson) para brindar placer y recibirlo, acariciando las otras partes del cuerpo. Primero se discutieron estas instrucciones, y después se les entregó escritas para que las parejas pudieran llevárselas. Esta primera etapa requería que cada cónyuge alternara su rol de acariciar activamente y luego de recibir caricias pasivamente, evitando las áreas específicamente sexuales. La segunda etapa, generalmente en la segunda semana, incluía instrucciones para guiar las manos del compañero durante las caricias, y de la tercera semana en adelante, según los reportes satisfactorios de progreso, los terapeutas fueron añadiendo etapas adicionales relacionadas con el problema específico. Por ejemplo, en el caso de la eyaculación precoz, a la mujer se le instruyó para que estimulara suavemente los genitales del hombre y que se detuviera inmediatamente cuando él indicaba que estaba a punto de tener la eyaculación y que después «apretara» el pene oponiendo el índice y el pulgar en cada lado del borde coronal. En el caso de impotencia de erección o de falta de respuesta sexual genital en la mujer se les dio instrucciones para que hicieran caricias genitales «no amenazantes» con lociones, mientras cada cónyuge guiaba las manos del compañero para producir las mejores sensaciones de placer.

A la pareja generalmente se les recomendaba que adoptaran la posición de la «mujer encima» en etapas posteriores y que progresaran gradualmente hasta la inserción del pene y el coito cuando fuera adecuado hacerlo.

La consejería tomó la misma forma que en el tratamiento 1 y en la medida de lo posible el tiempo para la discusión fue similar, generalmente dedicándole más tiempo en las últimas sesiones.

Tratamiento 3.—Práctica dirigida con contacto mínimo con el terapeuta

Las primeras dos sesiones de tratamiento tuvieron la misma forma que las descritas previamente, pero al final de la segunda entrevista a las parejas se les dijo que sólo serían necesarias visitas ocasionales a la clínica y que por correo se les iban a remitir instrucciones semanales. Después de esto, el único

contacto del terapeuta con las parejas era una visita que se llevaba a cabo hacia la mitad del tratamiento (en la séptima semana del tratamiento) y otra visita al final del mismo, cada una de las cuales tenía una duración de 40 minutos. Entre las visitas se les enviaron semanalmente instrucciones acerca de la práctica dirigida, junto con una carta firmada por el terapeuta que contenía comentarios breves, sugerencias específicas, y una serie de preguntas acerca de las sesiones de práctica, que tenían que ser contestadas y devueltas al final de la semana. Durante las visitas en la mitad y al final del tratamiento, las conversaciones se centraron en los problemas que surgieron de la práctica; los terapeutas evitaban cualquier discusión sobre las actitudes o los sentimientos sexuales más generales.

MEDICIONES

Las evaluaciones de las relaciones generales y sexuales las hizo el psiquiatra independiente, antes y después del tratamiento, y luego durante el seguimiento, usando una escala de 5 puntos, que iba desde completamente satisfactorio (1), hasta completamente insatisfactorio (5), parecida a la escala descrita previamente por Gelder y Marks (1966). Luego a cada miembro de la pareja se le pidió que se evaluara a sí mismo y a su esposo(a) con base en un diferencial semántico (que será presentado en otra parte) y que llenara un cuestionario referente a sus relaciones sexuales y a la frecuencia de hacer el amor durante los tres meses anteriores. Esto incluía preguntas acerca de las dificultades que habían encontrado con la erección, la eyaculación, la incomodidad durante la penetración, la lubricación, y el orgasmo.

Los terapeutas hicieron evaluaciones parecidas a las que hizo el asesor independiente, basadas en sus propios apuntes tomados al principio y al final del tratamiento, y cuatro semanas después (pre) o antes (post) del asesor, así que estas evaluaciones sólo eran directamente comparables durante el seguimiento. En la Tabla 2 se presentan los datos de confiabilidad para el asesor y el terapeuta. La mayoría de las cifras de confiabilidad son aceptables, con excepción de un desacuerdo entre asesor y terapeuta en la cantidad de cambio llevado a cabo en la evaluación de la relación general. Los terapeutas

también hicieron evaluaciones en la escala de cinco puntos en varias áreas específicas del funcionamiento sexual, pero solamente algunas de estas escalas mostraron un rango satisfactorio de valores. Las escalas que se analizaron eran, para el varón, el goce de la actividad sexual, la erección o la impotencia, y la eyaculación precoz; para la mujer, el goce de la actividad sexual, el interés en y la excitación durante la actividad sexual, y la capacidad de tener orgasmos.

Los pacientes llevaron diarios individuales, separadamente durante las tres semanas antes de la evaluación inicial, para observar la frecuencia y la satisfacción que cada cónyuge derivaba de las tres categorías comportamentales de contacto sexual: comportamiento no íntimo pero cariñoso, las caricias íntimas, y el coito. Resultó difícil obtener registros completos de estas medidas para todos los pacientes, y por esto no se analizaron los resultados. En su lugar, se le pidió a cada cónyuge que completara en una escala de cinco puntos una evaluación del estado actual de sus relaciones generales y sexuales, y la magnitud de su mejoría que podía ir desde peor (-1) hasta mucho mejor (3), en las sesiones de post-tratamiento y de seguimiento.

RESULTADOS

ANÁLISIS

Se analizaron los resultados por medio de un análisis de covarianza apropiado para un diseño factorial, excepto cuando la distribución de los puntajes no lo permitió, en cuyo caso se aplicó un test no paramétrico de mediana para estudiar el cambio de los valores en cada grupo de tratamiento.

En los demás casos se hicieron análisis separados en las sesiones de postratamiento y de seguimiento, usando el puntaje de pretratamiento como covariante, para remover estadísticamente la influencia del pretratamiento sobre el resultado. El diseño factorial permitía examinar los posibles efectos debidos al tratamiento, al número de terapeutas (uno sólo y del mismo sexo, o un equipo de ambos sexos), al sexo del consultante principal, y a la interacción entre estos tres factores.

EVALUACIONES DE LAS RELACIONES GENERALES Y SEXUALES

No se encontraron diferencias significativas entre los tratamientos, ni en el post-tratamiento ni el seguimiento, en el análisis covariante de las evaluaciones dadas por los asesores independientes o por los terapeutas, ni de las autoevaluaciones por los pacientes acerca de sus relaciones generales y sexuales. En la Figura 1 se presentan las evaluaciones dadas por los asesores acerca de la relación sexual, y se puede ver que el cambio promedio en el tratamiento 2 (práctica) es aproximadamente el doble del tratamiento 1 (desensibilización). La falta de significación de la diferencia sugiere una gran variación de respuesta entre los tratamientos, y esto se ilustra en la Tabla 3. Ambos tratamientos que utilizaron la práctica dirigida, descrita por Masters y Johnson, parecen asociarse con una variación mayor de respuestas que el tratamiento que se basa en la desensibilización. En particular, se nota que práctica dirigida por correo parece asociarse con un mayor número de parejas que empeoraron o que recayeron, tal como se observó en el seguimiento.

Un examen de las posibles diferencias debidas al efecto del terapeuta, al sexo del consultante principal, o a las interacciones entre estos factores y el grupo de tratamiento, tampoco mostraron resultados claramente significativos. Sin embargo, se encontraron algunas tendencias consistentes, que aunque al ser tomadas individualmente no pueden ser consideradas significativas, al tomarse en combinación parecen más convincentes.

Se encontraron interacciones entre el grupo de tratamiento y el número de terapeutas, a niveles entre 5 % y 10 %, para las evaluaciones de la relación sexual hechas por los asesores independientes, en las sesiones de postratamiento ($F_{2,23} = 2.5$) y para las sesiones de seguimiento ($F_{2,23} = 3.1$). La evaluación por parte de los pacientes del cambio en su relación sexual mostró la misma tendencia en el post-tratamiento (mujer, $F_{2,23} = 2.9$; hombre, $F_{2,23} = 2.6$), y en el seguimiento, para las evaluaciones del cambio en la relación general (mujer, $F_{2,23} = 2.9$). La Figura 2 muestra la naturaleza de esta tendencia para las evaluaciones del ajuste sexual hechas por los asesores; tomada junto con los otros resultados, esto es consistente con la conclusión de que el resultado de la práctica dirigida con la consejería (Tratamiento 2) se aumenta utilizando un equipo de ambos sexos, lo cual no se encontró en ninguno de los otros tratamientos.

Tabla 2

PROMEDIOS (Y DESVIACIONES ESTANDAR) DE LAS EVALUACIONES DADAS POR LOS ASESORES INDEPENDIENTES Y POR LOS TERAPEUTAS, PARA LAS RELACIONES GENERALES Y SEXUALES, Y CONFIABILIDAD PARA CADA MEDICION

Evaluación de la relación general (1-5)	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento	Cambio Pre a Seguimiento
Asesor Independiente	1.58 (0.68)	1.79 (0.88)	1.97 (1.08)	-0.39 (0.94)
Terapeuta (mismo sexo)	2.15 (1.12)	1.67 (0.93)	1.88 (1.12)	0.28 (0.78)
Confiabilidad (As. × T.)	0.42	0.58	0.63	0.15
Confiabilidad (T. × T.)	0.85	0.95	0.91	0.91
Evaluación de la relación sexual (1-5)	Pre-tratamiento	Post-tratamiento	Seguimiento	Cambio Pre a Seguimiento
Asesor Independiente	4.10 (0.87)	2.99 (1.43)	3.13 (1.61)	0.97 (1.38)
Terapeuta (mismo sexo)	3.94 (0.92)	2.99 (1.44)	3.01 (1.59)	0.93 (1.39)
Confiabilidad (As. × T.)	0.65	0.86	0.95	0.82
Confiabilidad (T. × T.)	0.79	0.95	0.99	0.92

También se encontró una tendencia por parte de las parejas en las cuales la mujer era la consultante principal, a evaluar su propia relación sexual en el momento del seguimiento como peor que las parejas en las cuales el hombre era el consultante principal (varón, $F_{1,23} = 2.8$; mujer, $F_{1,23} = 3.8$). Esto estaba de acuerdo con las evaluaciones del ajuste sexual por parte del terapeuta durante el seguimiento, que también favorecía a las parejas con consultante masculino ($F_{1,23} = 3.0$).

EVALUACIONES POR PARTE DE LOS TERAPEUTAS DE LA FUNCION SEXUAL

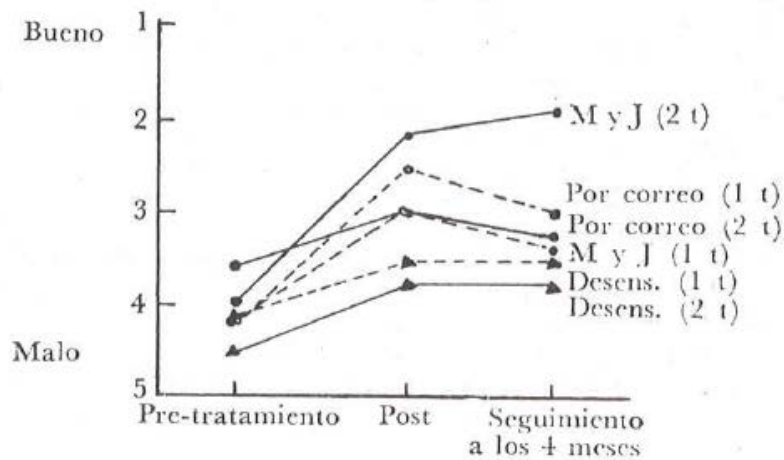
A diferencia de las medidas de las relaciones generales y sexuales del pre-tratamiento, las evaluaciones de las funciones específicas, como podría haberse esperado, sí mostraba diferencias de pre-tratamiento asociadas con el

sexo del consultante principal. Entre los varones los que habían sido designados como consultante principal de la pareja, tendían a ser evaluados como el miembro de la pareja que gozaba menos del contacto sexual ($F_{1,24} = 4.8, p < 0.05$) y como el que tenía más problemas con la eyaculación precoz ($F_{1,24} = 8.0, p < 0.01$). Entre las mujeres, aquellas consideradas como consultante principal de la pareja, también gozaban menos con el contacto sexual ($F_{1,24} = 5.0, p < 0.05$) y tenían menos interés sexual ($F_{1,24} = 19.8, p < 0.001$).

Tabla 3

EVALUACIONES HECHAS POR ASESORES INDEPENDIENTES ACERCA DEL AJUSTE SEXUAL (ESCALA DE 1-5). FRECUENCIA DE CAMBIO, POR TRATAMIENTOS

Post-tratamiento, Puntajes de cambio	< 0	0	≤ 1	≤ 2	> 2
Desensibilización	0	6	3	3	0
Masters y Johnson	1	2	1	5	3
Por correo	2	2	2	3	3
Seguimiento, puntajes de cambio	< 0	0	≤ 1	≤ 2	> 2
Desensibilización	0	8	0	3	2
Masters y Johnson	1	3	2	1	5
Por correo	4	1	2	3	2



F.2.23 = 3.1 en el seguimiento $p = .01$

Figura 2.—Promedios de las evaluaciones del ajuste sexual, hechas por el asesor independiente, divididas por los grupos de tratamiento y por el número de terapeutas.

Después del tratamiento, las evaluaciones de la función sexual masculina no mostraron diferencias asociadas al estatus original como consultante principal, debido a las ganancias relativas en estos pacientes. Sin embargo, entre las mujeres, las que originalmente habían tenido el estatus de consultante principal seguían estando en peores condiciones relativas (véase Tabla 4). Esto sugiere que las pacientes mujeres con una severa disfunción sexual mejoraban relativamente menos con el tratamiento que los pacientes varones, aunque la naturaleza de los datos hace difícil justificar estadísticamente esta conclusión. En lo referente al orgasmo, por ejemplo, de las 18 consultantes femeninas, solamente 2 se consideró que habían mejorado su respuesta orgásmica en el momento del seguimiento. Solamente una de las mediciones mostró evidencia estadística de tendencias asociadas con el tipo de tratamiento: la evaluación por parte de los terapeutas del goce que experimentaba la mujer con el contacto sexual. La práctica dirigida con consejería se asoció con los cambios mayores post-tratamiento en esta medición, mientras que la desensibilización se asoció con el menor cambio ($F_{2,23} = 2.7, p < 0.1$), como puede verse en la Figura 3.

FRECUENCIA DEL CONTACTO SEXUAL

Los cálculos hechos por los dos cónyuges de la frecuencia con la cual hacían el amor estaban razonablemente de acuerdo (para coito, $r = 0.87$). Debido al gran número de puntajes de cero, se examinaron los efectos principales usando una prueba de mediana, comparando las parejas que afirmaban haber aumentado la frecuencia del coito con las que no reportaron ningún cambio o que indicaron disminución.

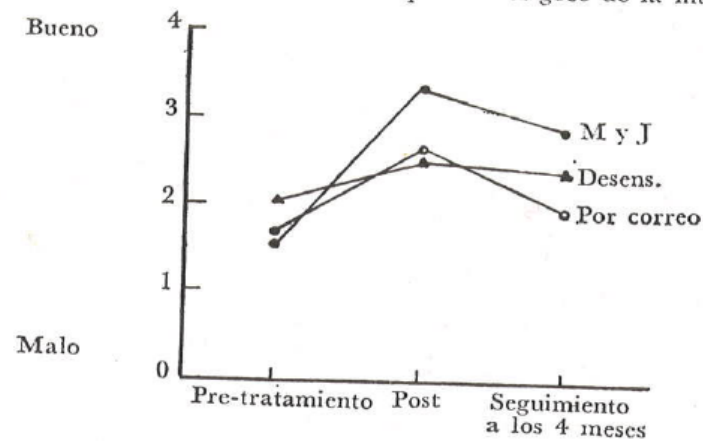
Esto reveló una tendencia a favor de la práctica dirigida con consejería, en comparación con los otros dos tratamientos, pero solo un nivel del 10% (tabla 5), lo mismo que en otros casos.

Tabla 4

PROMEDIOS DE LAS EVALUACIONES POR PARTE DE LOS TERAPEUTAS DE LA RELACION Y DE LA FUNCION SEXUAL EN EL PRE-TRATAMIENTO Y EN EL SEGUIMIENTO, DIVIDIDOS SEGUN EL SEXO DEL CONSULTANTE PRINCIPAL. TODAS LAS ESCALAS VARIAN DESDE 1 (FUNCION NORMAL) HASTA 5 (DISFUNCION COMPLETA).

	Relación general	En el varón				En la mujer			
		Relación sexual	Goce	Ereción	Eyacu-lación precoz	Goce	Inte-rés	Orgasmo	
Parejas con consultante varón	Pre-	2.0	4.1	2.9	2.1	2.7	2.7	2.1	3.4
	Seguim.	1.7	2.8	1.7	1.7	1.5	2.0	1.8	2.9
Parejas con consultante mujer	Pre-	2.3	3.8	1.9	1.5	1.6	3.8	3.9	4.1
	Seguim.	2.1	3.2	1.7	1.8	1.3	3.2	3.2	4.1

Evaluación por parte de los terapeutas del goce de la mujer:



$F_{2,23} = 2.7$ en el Post-tratamiento, $p \leq 0.1$

Figura 3.—Promedios de las evaluaciones del goce sexual, por parte de los terapeutas en el pre-tratamiento, post-tratamiento, y seguidamente, para cada grupo de tratamiento.

PREDICCIÓN DE LOS RESULTADOS

Las descripciones y evaluaciones del pre-tratamiento hechos por los asesores no demostraron asociaciones significativas entre los resultados y la

edad, el tipo o duración del problema, la existencia de una relación previa más satisfactoria, el período de cohabitación o el número de hijos.

Sin embargo, se observó una tendencia a obtener menos cambios en la función sexual cuando la relación general inicial era deficiente ($r = 0.42$, $p < 0.01$) y una tendencia no significativa en la misma dirección cuando uno de los cónyuges había sido tratado por otro trastorno psicológico.

Tabla 5

FRECUENCIA DE PAREJAS EN CADA GRUPO DE TRATAMIENTO QUE REPORTARON AUMENTOS EN LA FRECUENCIA DEL COITO EN EL SEGUIMIENTO

	Aumento	Igual o Disminución
Desensibilización	3	9
Masters y Johnson	8	4
Por correo	3	9

$$R^2 = 5.8, p < 0.1$$

DISCUSION

Aunque los cambios en las mediciones de los resultados son limitadas y no presentan diferencias altamente significativas entre los tratamientos, la consistencia de las tendencias es muy grande y sugiere que el tratamiento 2 (práctica dirigida más consejería) es generalmente superior a los tratamientos 1 y 3. Esto implica que ambos componentes del tratamiento 2, o sea la práctica dirigida y la consejería, son importantes para determinar los resultados globales. Una razón importante para explicar la falta de diferencias más claras entre los tratamientos es la variabilidad considerable de los resultados, especialmente con el tratamiento 3. Esto es interesante y sugiere que hay parejas que responden favorablemente a sencillas instrucciones comportamentales, y que puede haber otras parejas —quizás aquellas con mayores dificultades interpersonales o de comunicación— cuyos problemas se

agravan con este enfoque, cuando se usa solo. Si esto es cierto, sería importante reconocer las características que distinguen estos dos grupos.

El tratamiento 1, la desensibilización sistemática más la consejería, mostró pequeños cambios y parece haber poca justificación para usar la desensibilización imaginaria, excepto posiblemente en aquellos casos donde hay un fuerte elemento fóbico. Puede argumentarse que el enfoque de Masters y Johnson tiene mucho en común con el uso clínico de la desensibilización (Laughren y Kass, 1975). Obviamente existen algunas similitudes; los límites comportamentales establecidos por la jerarquía tendrían un efecto similar a la prohibición del coito y el contacto genital cuando se busca gradualmente reducir la ansiedad. El enfoque gradual usado por Masters y Johnson tiene un carácter jerárquico. En la práctica clínica, la desensibilización imaginaria generalmente se combina con la práctica gradual in vivo; en nuestro tratamiento las instrucciones comportamentales fueron deliberadamente limitadas a una recomendación general para ensayar el comportamiento «desensibilizado». Por lo tanto es posible que en el tratamiento 1, un mayor énfasis en la práctica gradual hubiera podido producir resultados más comparables a los del tratamiento 2. Sin embargo, hay también diferencias importantes entre la práctica dirigida de Masters y Johnson y el tipo de práctica dirigida normalmente asociada con la desensibilización. En el enfoque de Masters y Johnson, los pasos comportamentales se guían por la ocurrencia de placer recíproco y no por la prevención de la ansiedad. El énfasis que se da a la comunicación entre los cónyuges durante la práctica, y en dar y recibir placer, puede ser más apropiado para mantener una relación mutuamente satisfactoria, que el comportamiento dirigido únicamente por las jerarquías de la desensibilización. Sin embargo, se necesitan más investigaciones para establecer cuáles —si alguna— de las técnicas de práctica dirigida de Masters y Johnson presentan efectos diferentes a los que presenta la desensibilización in vivo.

La naturaleza del cambio experimentado por las parejas cuyo tratamiento fue considerado relativamente exitoso, con frecuencia no fue muy clara. Esto parece ser particularmente cierto en las parejas con consultante femenino, en las cuales hubo pocos cambios en la función orgásmica, incluso cuando había un acuerdo general de que sus relaciones sexuales habían

mejorado. Una posibilidad es que algunas partes del tratamiento, particularmente los aspectos de práctica dirigida del intercambio y comunicación mutuas, sirvieron para aumentar el placer sexual, a pesar de la incapacidad para lograr el orgasmo. Varias tendencias en nuestros datos señalan la existencia de un trastorno más generalizado en las consultantes femeninas, con un mayor grado de disfunción residual al final del tratamiento. Hay también evidencia que indica que sin importar el sexo del consultante principal, el resultado del tratamiento fue peor cuando la disfunción sexual se asociaba con un trastorno más difundido en la relación entre los miembros de la pareja.

La comparación entre uno y dos terapeutas no fue concluyente, pero sugiere que el enfoque total de Masters y Johnson funciona mejor con la pareja de terapeutas. Puede discutirse si esta superioridad, en el caso de existir, sea suficiente para justificar la adopción general de equipos de terapeutas de ambos sexos para el tratamiento. Puede ser posible en otras investigaciones identificar las circunstancias en las cuales los dos terapeutas sean especialmente útiles. Esto no sólo sería clínicamente deseable, sino que también ayudaría a clarificar la naturaleza de los procesos terapéuticos fundamentales.

TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO PARA LA HOMOSEXUALIDAD: UNA PERSPECTIVA CRÍTICA¹¹

G. Terence Wilson y Gerald Davison

RESUMEN

La evaluación comportamental inadecuada en la formulación de estrategias terapéuticas apropiadas caracteriza gran parte de la literatura de modificación del comportamiento, relacionada con el tratamiento del comportamiento homosexual. La homosexualidad ha sido conceptualizada muy limitadamente y los enfoques futuros deberán reflejar más claramente sus fuentes diversas y complejas. El razonamiento sobre el uso predominante de las técnicas aversivas en el tratamiento comportamental de la homosexualidad se examina críticamente y se sugiere un régimen terapéutico derivado de la teoría del aprendizaje social. Se discute la ética de estos programas de modificación comportamental y la elección de los objetivos terapéuticos.

INTRODUCCION

En los últimos años los homosexuales en ciudades y universidades de todas partes del mundo se han organizado, formando alianzas militantes que han condenado fuertemente la retórica del pasado y más recientemente, la psicopatología, en términos de la cual se ha considerado tradicionalmente la orientación homosexual. Las objeciones al pensamiento psiquiátrico y psicológico prevalecientes han señalado a la terapia del comportamiento (identificada con el uso de técnicas de condicionamiento aversivo) con sus críticas particulares (Weinberg, 1972). Esta reacción nos llevó a entrar en diálogo con grupos activistas homosexuales y a reexaminar nuestras prácticas y actitudes. Este trabajo presenta nuestros hallazgos sobre una revisión de la literatura de terapia del comportamiento y también numerosas discusiones

¹¹ Incluimos este artículo porque se puede considerar “un clásico”. Se publicó en el libro de R. Ardila “Terapia del comportamiento (DDB) en 1980

con nuestros colegas comportamentales, proponiendo una conceptualización más amplia de la homosexualidad.

EVALUACION Y TERAPIA COMPORTA MENTAL

Está bien establecido que actualmente las características esenciales de la evaluación comportamental involucran la determinación específica de comportamientos meta a modificar, el descubrimiento de todas las variables relevantes que mantiene esos comportamientos, la secuencia precisa de los objetivos terapéuticos y la selección cuidadosa de las técnicas terapéuticas apropiadas para modificar tales comportamientos. La evaluación comportamental conlleva la implementación de regímenes terapéuticos que se ajustan al caso individual (véase Bandura, 1969; Mischeí, 1968). Lazarus (1971a) enfatiza la naturaleza «personalista» de la terapia, mientras que Shapiro (1961) y Yates (1970) definen la terapia del comportamiento en términos de la aplicación de los principios de la psicología experimental al caso individual. A pesar de los refinamientos que han sido sugeridos en la evaluación comportamental, los enfoques de la terapia del comportamiento acerca de los clientes homosexuales, particularmente en ámbitos de investigación, rara vez han reflejado la atención apropiada a la diversidad del tema.

Entre los terapeutas del comportamiento está bien desarrollada la estrategia de investigación orientada hacia el tratamiento, asignando grandes números de pacientes que presentan aparentemente el mismo problema, a diferentes condiciones de tratamiento con el fin de comparar la eficacia de las diferentes técnicas (véase Paul, 1969a). En estos estudios, factoriales, el supuesto explícito es que los sujetos constituyen una población relativamente homogénea que comparte un comportamiento meta a modificar. Por ejemplo, Bancroft (1969), Birk, Huddleston, Mili« y Cohler (1971), Feldman y MacCulloch (1971), Freund (1960) y McConaghy (1969, 1970) asignaron pacientes homosexuales al azar a diferentes condiciones de tratamiento sin ningún intento de evaluación comportamental previa. Nosotros cuestionamos el supuesto de que un grupo no selecto de homosexuales necesariamente presentará el mismo comportamiento meta, uniforme y homogéneo. Lo que se requiere específicamente son estudios comparativos acerca de la eficacia

relativa de las diferentes técnicas, ya sea por separado o combinadas. Y, a un nivel más general, lo que se necesita es un mejor entendimiento de los patrones comportamentales complejos etiquetados como homosexualidad, que se tratan de una manera simplificada y estereotipada. Hasta ahora, la literatura de terapia del comportamiento se ha concentrado en los detalles técnicos de la terapia aversiva, la forma tradicional de tratamiento, mientras que se ha olvidado de la naturaleza misma de la homosexualidad.

LA JUSTIFICACION DE LA TERAPIA AVERSIVA

La tendencia principal en la literatura de la terapia del comportamiento, hasta el momento, ha sido incuestionablemente el uso de la terapia aversiva para modificar la orientación homosexual (Bancroft, 1969; Birt y cois., 1971; Freund, 1960; Eysenck y Rachman, 1965; Eysenck y Beech, 1971; McConaghy, 1969,1970; Feldman y McCulloch. 1971; Rachman y Teasdale, 1969; Maletsky, 1973). Nuestra encuesta (Davison y Wilson, 1973) de los miembros de la Asociación para el Avance de la Terapia del Comportamiento (AABT) en los Estados Unidos y de la asociación de terapeutas comportamentales británicos, confirma esta impresión: la terapia aversiva es el método más común de tratamiento del comportamiento homosexual, estando la desensibilización sistemática en segundo lugar. El razonamiento detrás de estas estrategias de tratamiento merece un escrutinio cuidadoso.

Feldman y McCulloch (1971) utilizan la técnica de evitación anticipatoria (EA), representando la aplicación más sistemática de los principios del aprendizaje al tratamiento de la homosexualidad, hasta este momento. Su técnica principal conlleva la presentación de diapositivas (slides) de hombres, seguida de un choque eléctrico doloroso, que puede ser evitado si el paciente responde dentro de un período de tiempo determinado, con el fin de quitar la diapositiva del hombre y sustituirla por una figura femenina. Al discutir el desarrollo de estos trabajos, los autores afirman que usaron una técnica aversiva con el fin de «ganar un espacio dentro del cual el paciente pueda adquirir (o re-adquirir) un interés en los comportamientos heterosexuales» (1971, p. 17). Similarmente, Freund (1960), Kanfer y Phillips (1970) y Marshall (1971) insisten en que el comportamiento homosexual debe

ser interrumpido directamente antes de que pueda surgir un repertorio de comportamiento alternativo heterosexual.

Sin embargo, la eficacia de la técnica de la EA (Birk y cois., 1971; Feldman y MacCulloch, 1971) no puede atribuirse inequívocamente al condicionamiento aversivo, ya que el aprendizaje de evitación se confunde con el procedimiento de «alivio de la ansiedad» (Franks y Wilson, 1973). Esta confusión es importante ya que Feldman y McCulloch consideran que la reducción de sentimientos heterofóbicos es un componente necesario del tratamiento para que sea efectivo. En esencia, están reafirmando el punto de vista de Bieber (1962) de que la homosexualidad es función del miedo patológico al sexo opuesto. Si la hipótesis heterofóbica fuera correcta, y dado el hecho de que los procedimientos de alivio de aversión pueden ser efectivos para reducir el comportamiento "de evitación (Sol- yone, Hesseltme, McClure, Ledwidge y Kenny, 1971), sería razonable sugerir que el alivio de la ansiedad es el ingrediente crítico en el paquete terapéutico de Feldman y MacCulloch y que por lo tanto la (presunta importancia de condicionar la aversión a estímulos homosexuales es irrelevante. Feldman y MacCulloch se cuestionan acerca de esta posibilidad (1971, p. 161). Es posible que las diferencias teóricas entre Rachman y Teasdale (1969) y Feldman y MacCulloch sobre si el condicionamiento clásico explica mejor que el condicionamiento instrumental el éxito obtenido con la técnica de la EA, son de mínima importancia ya que la técnica de aversión se confunde con el alivio de aversión.

Es imposible hacer afirmaciones definitivas sobre los efectos interactuantes de tratar de disminuir la excitación homosexual mientras que se fortalece la responsividad heterosexual, y es prematuro afirmar que la excitación homosexual deba reducirse antes de aumentar el interés heterosexual (por ejemplo, Thorpe, Schmidt y Castell, 1963). Al menos en algunos casos, no es necesario hacerlo (Heran, Barlow y Agras, 1971; Lo Piccolo, 1971).

Bancroft (1969, 1970) encontró que aunque la terapia aversiva hacía disminuir significativamente la erección del pene ante los estímulos homosexuales, tuvo muy poco efecto sobre el cambio comporta mental en la situación clínica. Sin embargo, el único resultado clínico exitoso de los diez pacientes tratados con terapia aversiva fue uno en el cual 32 sesiones de

terapia aversiva no disminuyeron la excitación homosexual mientras que la excitación heterosexual se desarrolló explicando más tarde el ajuste totalmente heterosexual del paciente (Bancroft, 1969). Un resultado curioso fue lo que Bancroft (1970) llamó «facilitación paradójica», es decir, un aumento en las erecciones heterosexuales desde el principio hasta el final del tratamiento, como función del castigo de las erecciones ante estímulos homosexuales. Este aumento en la excitación heterosexual que no siguió al tratamiento con la desensibilización, se correlacionó significativamente con un cambio comportamental exitoso. Este resultado es difícil de entender en el momento actual pues presenta la posibilidad de que la terapia aversiva pueda funcionar debido a razones diferentes a las pretendidas originalmente. Con base en los datos de Bancroft puede pensarse que la terapia aversiva sea útil en la modificación del comportamiento homosexual en el grado en que afecta directamente la excitación heterosexual, más que dar la pauta indirectamente para la ocurrencia del comportamiento heterosexual subsecuente, por medio de la eliminación previa de las respuestas homosexuales.

¿Por qué, entonces, se ha vinculado siempre la terapia del comportamiento con el uso de la terapia aversiva en el tratamiento de los homosexuales? Nosotros creemos que el comportamiento homosexual ha sido considerado por el cliente, el terapeuta y la sociedad como algo indeseable, y aún más, como algo patológico, es decir, algo que debe ser eliminado sin pensar para nada en el desarrollo del comportamiento heterosexual. Rachlin (1970) indica que los medios más efectivos para eliminar una respuesta es castigarla directamente más que reforzar su ausencia. Sin embargo, si el objetivo de la terapia es desarrollar la excitación heterosexual, entonces las estrategias terapéuticas pueden ser diferentes, ya que la mejor manera de fortalecer una respuesta es reforzar su ocurrencia más que castigar su ausencia. Incluso sospechamos que el punto de vista tradicional de que el desarrollo sexual es el resultado de manifestaciones sucesivas de un impulso biológico fijo (la libido) influye en las decisiones terapéuticas. Si el impulso sexual está determinado biológicamente y es relativamente fijo en cuanto a cantidad, entonces se deduce lógicamente que la expresión prevaleciente (homosexualidad) tiene que ser bloqueada para que pueda ser canalizada por otro lado (heterosexualidad).

Nosotros nos asombramos tanto como Rachman y Teasdale (1969) acerca del éxito de Feldman y MacCulloch con su técnica de la EA (su eficacia está corroborada por el estudio de Birk y cois., 1971), no por razones teóricas relacionadas con el paradigma de condicionamiento sino porque la lógica de su paradigma de investigación excluía un análisis comportamental del problema. Una evaluación más completa, junto con el uso de otra técnica, podría haber producido una mayor eficacia. Bancroft (1970), por ejemplo, encontró que la desensibilización llevaba a resultados clínicos exitosos en aquellos pacientes que mostraban ansiedad heterosexual, mientras que la terapia aversiva tendía a ser más efectiva con otros pacientes.

Otra consecuencia de la omisión de un análisis comportamental completo se relaciona con la teoría de Feldman y MacCulloch sobre la etiología de la homosexualidad. Ellos han hecho una distinción entre «homosexualidad primaria» (aquella en la cual los sujetos no han tenido experiencia heterosexual previa) y «homosexualidad secundaria» (aquella en la cual los sujetos han experimentado comportamiento heterosexual placentero) y han hipotetizado que el comportamiento homosexual del primer grupo es atribuible a efectos hormonales prenatales, mientras que el comportamiento del segundo grupo es principalmente, una función del aprendizaje social. Establecer una distinción etiológica fundamental como esta, sobre la base de la resultante de un tratamiento terapéutico fijo, es extremadamente peligroso, dada la explicación alternativa lógica de que los homosexuales primarios fueron objeto de la técnica EA, aplicada inapropiadamente, y por consiguiente, mostraron muy poco cambio (Barlow, 1972). La probabilidad de esta explicación alternativa está apoyada por el argumento de que la técnica de EA es efectiva con «homosexuales secundarios» en virtud de la reducción del comportamiento de evitación hacia los miembros del sexo opuesto, permitiendo que funcione el repertorio de respuestas heterosexuales pre-existente. Sin embargo, con los «homosexuales primarios», muy poco podría llevarse a cabo, reduciendo las reacciones heterofóbicas, «sin antes construir un repertorio verbal y visual e implantar las habilidades de interacción con compañeros social- mente aceptables» (Kanfer y Phillips, 1970, p. 119).

DESARROLLO Y MANTENIMIENTO DEL COMPORTAMIENTO HOMOSEXUAL

En contraste con el punto de vista freudiano de que la heterosexualidad es el producto terminal normal de un desarrollo psicosexual natural, y que la homosexualidad ocurre sólo cuando la ansiedad patológica inhibe el desarrollo heterosexual «normal» (Bieber, 1962), el enfoque de aprendizaje social enfatiza que la homosexualidad es adquirida y mantenida de la misma manera que el comportamiento heterosexual (Bandura, 1969; Kinsey, Pomeroy y Martín, 1948; Ullmann y Krasner, 1969). Existe muy poca evidencia de que la homosexualidad esté determinada genéticamente o tenga bases hormonales. Money (1970) ha concluido que puede existir una predisposición biológica para la homosexualidad, pero no «en el sentido directo, sólo si se presentan condiciones sociales apropiadas» (p. 432). Gagnon y Simón (1970) postulan que el elemento primario controlador en el desarrollo de las tendencias sexuales es la adquisición de la identidad de género, la cual determina los tipos de actos sexuales que son consistentes con las concepciones particulares de «masculinidad» y «femineidad» y también, las características del rol sexual que hacen posible que una persona considere erótica a otra. También enfatizan que el comportamiento sexual puede estar influenciado por factores no sexuales, como en el caso de hombres, que teniendo problemas en el manejo de relaciones de autoridad en el trabajo, muestran mayor incidencia de sueños homosexuales, mientras que otros, bajo el stress del trabajo, presentan un mayor número de experiencias episódicas homosexuales.

AUMENTO DIRECTO DE LA EXCITACION Y EL COMPORTAMIENTO HETEROSEXUAL

Existen varios intentos dentro de la literatura de terapia del comportamiento de entrenar directamente la responsividad heterosexual (Barlow, 1973), Davison (1968) ha descrito una técnica de reorientación sexual donde el cliente aprende a responder ante un estímulo anteriormente neutro por medio de una secuencia de masturbación cuidadosa y dirigida. Aunque no se han llevado a cabo estudios sistemáticos con este método hasta el

momento, varios estudios reportan su utilidad clínica (Bañero *et al.*, 1966; Evans, 1968, LoPiccolo, Stewart y Watkins, 1972; Marquis, 1970; McGuire, Carlisle y Young, 1965). Un enfoque relacionado con el anterior es el de condicionar clásicamente la excitación sexual a un estímulo previamente neutro, apareándolo con otro estímulo visual evocador de excitación (Rachman, 1966; Rachman y Hodgson, 1968). Otra posibilidad es reforzar la erección penil ante estímulos heterosexuales (Rosen, 1972; Quinn, Harbison y McAllister, 1970). Es probable que la investigación futura en estos aspectos establezca medios poderosos para desarrollar la excitación sexual ante una variedad de condiciones de estímulos. Naturalmente, debe recordarse que más que la excitación genital, es importante lo que Simón y Gagnon llaman la marca de la identidad psicosexual, o sea el modo de vestirse, el comportamiento de cortejo, el modo de hablar y otros factores sociales que son importantes para el terapeuta del comportamiento (hay mucho más en la sexualidad que las secreciones genitales).

Este análisis está a nivel de conjeturas en el presente, pero algunos estudios muestran evidencias en su favor. Bancroft (1970) encontró que la reducción del comportamiento homosexual fuera del tratamiento estaba íntimamente relacionada con el mejoramiento directo de variables heterosexuales tales como una actitud heterosexual más favorable, mayor excitación heterosexual, y disminución del miedo a la inadecuación heterosexual.

TRATAMIENTO COMPORTAMENTAL MULTIFACETICO DE LA HOMOSEXUALIDAD

Un enfoque comportamental basado en un análisis funcional comprensivo, es ideal para fomentar el desarrollo de un repertorio comportamental nuevo, a través del uso de procedimientos tales como el modelamiento (Bandura, 1969), el ensayo comportamental (Lazarus, 1971a; MaxFall y Marston, 1970), el entrenamiento asertivo (Stevenson y Wolpe, 1960), y tareas *in vivo*. Cualquier ansiedad heterosexual podría tratarse con los métodos anteriormente descritos o con la adición de la desensibilización sistemática (Di Scipio, 1968; Kraft, 1969; LoPiccolo, 1971). Sin embargo, sería útil determinar si la ansiedad es causa o efecto de la homosexualidad, ya que esto puede tener

consecuencias importantes para la terapia. La eliminación de la ansiedad heterosexual y de déficits comportamentales y el refuerzo de la excitación heterosexual y de las habilidades socio-sexuales, pueden llevarse a cabo siguiendo el modelo terapéutico de Masters y Johnson (1970), en términos del cual el homosexual participa de experiencias graduadas de re-aprendizaje con una compañera del sexo opuesto emocionalmente sensible, psicológicamente refinada y técnicamente preparada. Para Kinsey y cols. (1948), parece especialmente importante la disponibilidad de una mujer empática para que el homosexual comience su contacto heterosexual. Ellos se basan en su observación de que el ostracismo que les han hecho previamente muchas mujeres es un factor que fuerza al hombre con experiencia homosexual previa a presentar patrones comportamentales exclusivamente homosexuales.

Debe notarse que aún aquellos terapeutas que han utilizado terapia aversiva como técnica principal para modificar comportamientos homosexuales, enfatizan el hecho de que este método representa solamente un aspecto del arsenal de la terapia del comportamiento, y específicamente abogan por el uso futuro de un enfoque más amplio (véase Bancroft, 1970; Feldman y MacCulloch, 1971).

DIFERENCIAS ENTRE VARONES Y MUJERES HOMOSEXUALES

Un factor extremadamente importante que rara vez se toma en cuenta al formular estrategias de tratamiento para los homosexuales es el hecho de que los clientes sean masculinos o femeninos (Davison y Wilson, 1973). Se ha colocado demasiado énfasis en el «homosexual» (casi siempre masculino; MacCulloch y Feldman, 1967, por ejemplo, sólo tenían dos lesbianas en su muestra de sujetos) sin tener en cuenta las consideraciones diferentes en cuanto a diagnóstico y pronóstico relacionados con el sexo (Simón y Gagnon, 1970). Kinsey, Pomeroy, Martin y Gebhard (1953), Saghir, Robins y Walbran (1969), Simón y Gagnon (1967), y Martin y Lyon (1972) han sugerido que la identidad de género es importante para entender por completo la homosexualidad. Por ejemplo, las mujeres homosexuales tienen en común más características con las mujeres heterosexuales «el comienzo del comportamiento genital, el comienzo y frecuencia de la masturbación, el

comienzo de los patrones socio-sexuales, el número de compañeros sexuales y los reportes de privación sexual» (Simón y Gagnon, 1970, p. 29), que con homosexuales varones. De manera similar, los hombres homosexuales y heterosexuales aparentemente tienen más en común entre sí que con las mujeres homosexuales y heterosexuales, respectivamente. Las mujeres homosexuales como las heterosexuales, tienden más a quedarse con una compañera sexual por un determinado período de tiempo (compañero en el caso de los homosexuales), a desarrollar una relación romántica y tierna antes de (y a veces en lugar de) una relación manifiesta genital, y a excitarse menos que los hombres ante materiales visuales o de fantasía (Gagnon y Simón, 1973; Hedblom, 1972). Una diferencia obvia en el enfoque terapéutico sería tener un cuidado considerable antes de someter a una mujer a un régimen de «terapia de play-boy» (Davison, 1968; Marquis, 1970), apareando la excitación masturbatoria con estímulos visuales socio-sexuales ante los cuales el cliente y el terapeuta desean aumentar la atracción sexual. (De hecho, con hombres también debe tomarse una determinación para saber si la masturbación es una actividad legítima y significativa para el cliente).

TOPOGRAFÍA DEL COMPORTAMIENTO HOMOSEXUAL

Un parámetro rara vez mencionado en la homosexualidad es la topografía de las actividades que ejecuta un cliente en particular. Por ejemplo, ¿difiere acaso el enfoque terapéutico si el cliente es un hombre que prefiere el rol «activo» en las relaciones sexuales anales o un hombre que disfruta del rol «pasivo» en las mismas? Parecería que existe una mayor similitud entre la intromisión anal y la intromisión vaginal, tanto en términos de movimientos corporales como en cuanto a la estimulación táctil involucrada. Por consiguiente, ¿sugeriría esto que un homosexual que se involucra en la interacción sexual anal estuviera más orientado hacia las relaciones heterosexuales que aquel que disfruta teniendo un pene introducido en el ano? Otro ejemplo puede ser la comparación entre el hombre que disfruta al ejecutar la fellatio o prefiere que otro se la haga a él. La estimulación táctil derivada de la fellatio que hace un hombre parecería igual a la derivada de la fellatio que ejecuta una mujer. ¿Es este hombre, por lo tanto, «menos homosexual» que el individuo cuyo placer sexual se deriva de que otro

hombre eyacule dentro de su boca, una ocurrencia imposible en el caso de las relaciones heterosexuales?

HOMOSEXUALIDAD VERSUS HETEROSEXUALIDAD COMO CENTRO DE LA MODIFICACION DEL COMPORTAMIENTO

La selección de las metas terapéuticas está íntimamente asociada con la teoría que acepte el terapeuta sobre el desarrollo comportamental normal y con sus propias creencias éticas de lo que debe ser. Al contrario de la teoría freudiana, el enfoque del aprendizaje social no iguala «normalidad» con heterosexualidad, ni homosexualidad con «anormalidad» (Bieber, 1962; Hatterer, 1970; Socarides, 1970). En cambio, al igual que otras formas estadísticamente menos frecuentes de comportamiento sexual, la homosexualidad se adquiere, se mantiene y se modifica de la misma manera como sucede en el comportamiento heterosexual (Simon y Gagnon, 1970). «Lo normal» y «lo anormal» son etiquetas que reflejan los juicios de valor social predominantes (Szasz, 1961) y muchas culturas no occidentales esperan y fomentan un cierto grado de bisexualidad (Churchill, 1967; West, 1967).

Basada en la teoría del aprendizaje social, «la terapia del comportamiento es un sistema de principios y procedimientos y no un sistema ético. Sus métodos... pueden ser empleados para amenazar la libertad y dignidad humanas o para defenderlas» (Bandura, 1969, p. 87). En esta interesante discusión, Bandura indica que el cliente debe escoger las metas comportamentales. Este concepto fundamental de la terapia del comportamiento entra en conflicto no sólo con la práctica psiquiátrica tradicional, de diagnosticar a los homosexuales ipso facto como víctimas de una psicopatología que debe ser «curada» (American Psychiatric Association, 1968), sino también con la oposición de los miembros de grupos de liberación homosexual que le niegan el derecho al homosexual a buscar tratamiento de reorientación heterosexual. Constantemente se ha expresado reserva de que sólo aquellos individuos que deseen cambiar su orientación sexual sean tratados con terapia aversiva y, con la posible excepción de Freund (1960), los programas de terapia aversiva cuidadosamente evitan imponer los valores de la sociedad sobre los clientes homosexuales. De hecho hemos cuestionado que

sea posible imponer algún cambio comportamental a un cliente involuntario sin que tenga a su disposición un cierto número de formas de contracontrol para anular los efectos de la técnica que se le intenta imponer (Davison, 1973).

A pesar de esta descripción muy estricta, conocemos muy pocos informes publicados que describan programas dirigidos hacia ayudar a los homosexuales a lograr un ajuste más satisfactorio en cuanto a una identidad homosexual permanente. Fensterheim (1972) ha descrito un tratamiento con desensibilización sistemática para tratar la impotencia en seis homosexuales masculinos, y Lazaras (1971b) ha enfatizado el mismo enfoque, pero estas con excepciones. La falta de intentos clínicos similares es desafortunada, ya que tiende a perpetuar una impresión pública errónea acerca de que la terapia del comportamiento está interesada en erradicar el comportamiento homosexual. Nuestras discusiones con colegas comportamentales y los resultados de nuestra encuesta indican claramente que la mayoría de los terapeutas comportamentales intentarían fomentar el ajuste homosexual cuando fuera apropiado y rechazan la idea de tratar a los homosexuales en contra de su voluntad.

La afirmación clásica de Crowley (1968) en *Boys in the Batid* — «muéstrame un homosexual feliz y yo les mostraré un cadáver contento» — es engañosa. La evidencia indica que la homosexualidad, contrariamente a las creencias generales, puede ser un estilo de vida saludable y satisfactorio (Hedblom, 1972), y que los homosexuales de cualquier sexo no necesariamente tienen que estar más perturbados o presentar más signos de psicopatología, comparados con individuos heterosexuales (Evans, 1970; Hookeer, 1957; Kinsey y cols., 1948; Loney, 1971; Saghir y cols., 1969; Thompson, McCandless y Strickland, 1971; Westwood, 1960).

Estos hallazgos son particularmente importantes, ya que existe la posibilidad aunque muy remota de que la homosexualidad esté determinada constitucionalmente. A pesar de la falta de evidencia, la teoría de Feldman y MacCulloch de «homosexualidad primaria» puede llegar a ser correcta —al igual que el transexualismo— puede ser impenetrable, aún para los programas de modificación más comprensivos. La terapia en tales casos debe estar dirigida a ayudar a los individuos a tener un ajuste satisfactorio homosexual, más que a invertir sus preferencias sexuales.

La terapia del comportamiento tiene mucho que contribuir para ayudar a que los homosexuales participen activa y significativamente en la vida diaria como homosexuales el modelamiento y el ensayo comportamental de comportamientos efectivos para tratar personas homosexuales y heterosexuales, la terapia del comportamiento de grupo para desarrollar una perspectiva más racional sobre los problemas comunes, el aumento de los niveles de auto-estima, la eliminación de estándares auto-derrotistas y poco realistas de auto-elogio y auto-refuerzo (Silverstein, 1972). En un nivel de más acción social, los terapeutas del comportamiento deberían entrar en mayor diálogo con las diversas alianzas homosexuales y ayudar a revocar las leyes que intentan una legislación en contra de ciertas actividades sexuales entre adultos que consienten y contra el derecho de reunirse públicamente.

TERAPIA DE LA CONDUCTA Y MÉTODO CIENTÍFICO¹²

Lo medular de la ciencia es la predicción, es decir, cualquier esfuerzo científico se dirige a establecer relaciones legítimas entre aspectos observables, de modo que partiendo de una serie de eventos, uno pueda predecir el acontecer de otra serie de eventos (Underwood, 1957; Paul, 1969a). En psicología, una de estas series de eventos puede ser la conducta que guíe a una puntuación alta en la prueba de CI. La segunda serie puede consistir en conductas que llevan a un alto promedio de calificaciones escolares. Si realmente existe una relación entre estas dos mediciones (y si es una relación positiva), entonces uno está en condiciones de predecir, con cierto grado de exactitud, el CI partiendo del promedio de calificaciones, o viceversa. Claro que el grado de predicción estará ligado directamente a la fuerza de relación entre las dos mediciones. En este ejemplo, no se hace esfuerzo alguno por manipular el CI o el promedio de calificaciones. Es posible determinar el grado de relación entre ambos porque varían de manera natural. Una investigación de esta naturaleza es empírica porque se basa en la observación sistemática. A investigaciones como ésta se les menciona como estudios correlativos. Sin embargo, el ejemplo anterior no es un experimento, porque en un experimento una serie de eventos implica reales manipulaciones de algún tipo, constituyendo con el efecto de estas manipulaciones la segunda serie de eventos. Es decir, el experimentador desempeña alguna actividad y observa sus efectos mensurables. Si uno tuviese que administrar a los sujetos una droga que supuestamente altera el nivel del funcionamiento intelectual y después midiera sus efectos en el CI (o en el promedio de calificaciones), uno estaría efectuando un experimento.

La pregunta más fundamental con respecto a cualquier forma de terapia de la psicología es: ¿funciona el tratamiento es decir, es de beneficio,

¹² Este documento corresponde al capítulo 2 de TERAPIA DE CONDUCTA de Rimm y Masters. Editorial Trillas

hacer lo que hipotéticamente debe realizar? Para descubrirlo es preciso que uno presente el tratamiento y observe las consecuencias; en otras palabras, que lleve a cabo experimentos. Por tanto, a lo largo de todo este texto, cuando utilicemos el término "descubrimientos empíricos", normalmente nos referiremos a experimentos ya sea que estén a nivel primitivo de historia de casos, o de investigaciones bien controladas.

Niveles de experimentación y "credibilidad"

Suponiendo que hemos adoptado un enfoque científico, ¿qué tipo de evidencia es preciso considerar para convencernos de que el tratamiento X es un medio efectivo para abordar el problema Y? Para simplificar el análisis, supongamos que los tratamientos alternativos carecen de apoyo científico. Entonces, la pregunta es: ¿funciona el tratamiento X? Puesto que nadie esperaría que cualquier enfoque a la conducta de desadaptación humana fuera siempre efectivo al máximo, es preferible establecer la pregunta en una forma tentativa: dada la naturaleza del problema Y ¿qué probabilidades hay de que el tratamiento X produzca una mejoría apreciable? Consideremos ahora las fuentes de la información empírica que ayudarán a responder esta pregunta.

Historias de casos. Por lo general el apoyo inicial para nuevos métodos de tratamiento se encuentra en las historias de casos publicados. El enfermo, visto como paciente más que como sujeto de experimentación, es tratado por el clínico, cuyo objetivo principal es el de aliviar el sufrimiento. Siguiendo el tratamiento, se evalúa el grado de mejoría (quizá mediante la comparación del informe verbal del pretratamiento del cliente, con el que se obtenga después del tratamiento). Algunas veces los seguimientos se efectúan tal vez después de un mes o un año, para determinar si la mejoría de la que se informó se ha mantenido.

El método de las historias de casos puede considerarse como una técnica experimental muy cruda. Si bien es verdad que el terapeuta está faltan controles. Primero, suponiendo que hay una evidencia objetiva de que el cliente efectivamente mejora (se mantiene a través de un seguimiento razonable), no podemos establecer con certeza los factores que condujeron hacia dicha mejoría. Si bien puede haber algunos aspectos específicos que la

técnica (en otras palabras, cualquier terapeuta habría obtenido mejoría con dicho paciente), el terapeuta en una situación clínica está haciendo mucho más que la mera aplicación mecánica de una técnica. Hasta cierto punto, está proporcionando a su paciente la esperanza de que mejorará, en cuyo caso la mejoría podría ser considerada como el llamado efecto placebo; también está proporcionando tranquilidad y apoyo, que en sí mismos son de mucha utilidad para ciertos pacientes. Aun si el terapeuta estuviese interactuando con su paciente en una forma que se podría considerar mecánica, las características personales del terapeuta (su presentación, manera de vestir) podrían ejercer alguna influencia en el resultado. Tales factores pueden influir en la credibilidad del terapeuta, de la cual se sabe que guarda cierta relación con la manera en que las personas reaccionan a las comunicaciones de naturaleza clínica (véase Bergin, 1962).

Si nuevamente suponemos que la mejoría del paciente fue real, dicha mejoría puede no estar muy relacionada con la terapia [testimoniado por el alto porcentaje de "disminución espontánea" del cual dan informes Eysenck (1952) y otros]. Cuando uno toma en consideración que el paciente normalmente pasa una hora por semana en terapia, y 167 horas entretenido en otras actividades, no nos debe sorprender que las otras actividades originen un impacto mayor que el tratamiento formal.

Por último, en la literatura de historias de casos raramente se da información sobre la evaluación objetiva de mejoría. Usualmente, el lector debe confiar en la impresión del terapeuta sobre el autoinforme del paciente; por tanto, tenemos dos posibles fuentes de error y se sabe que cualquiera de ellas puede tener un efecto comprometido con la objetividad (Orne, 1962; Rosenthal, 1963).

Regresando al problema hipotético Y, supóngase que la única información que el terapeuta tiene es que el tratamiento X se usó con éxito en un solo caso que involucraba este problema. ¿Cuál es entonces la probabilidad de que "trabaje" en el caso presente? Obviamente, no existe una manera de proporcionar una respuesta razonable. Si pareció no haber peligro en el empleo del tratamiento, y especialmente si el problema Y fuera de naturaleza particularmente grave, los resultados de un solo caso probablemente serían

suficientes para motivar a la mayoría de los terapeutas a aplicar el tratamiento, cuidando de supervisar sus efectos a lo largo de su realización.

En vez de un solo caso, supóngase que existen 20, todos tratados por el mismo clínico, y que 19 pacientes mostraron marcada mejoría. Se podría, ingenuamente, concluir que la probabilidad de éxito en el presente caso sería de $19/20$ o 0.95 . Si se consideraran las dificultades inherentes al método de historias de casos, no se podría hacer dicho planteamiento. Por otra parte, si se supone que las personas que publican historias de casos tienen algunas normas de objetividad y honestidad, se puede considerar sugestivo el hallazgo.

Ahora suponga que cinco terapeutas, cada uno de una clínica u hospital diferente, proporciona información por separado, describiendo en modo general a 20 pacientes que sufren del problema Y y reciben tratamiento X. Suponga que el promedio de mejoría fue de 95% aproximadamente por cada uno de los cinco. Si bien es factible que un terapeuta pueda ser prejuicioso e incluso fraudulento, o tener ciertas características personales únicas que en verdad cuenten en la mejoría, la probabilidad de que los cinco informes estuvieran "contaminados", parece muy remota (Paul, 1969a). Es indudable que estos hallazgos plantean de manera firme que cuando un terapeuta aplica el tratamiento X al problema Y, es muy probable que ocurra una mejoría.

Es más cómodo para cualquier terapeuta el empleo del tratamiento, con este tipo de información que con la historia del caso aislada. Por otra parte, es posible que el tratamiento X, por sí mismo, sea totalmente inútil, con un resultado de mejoría proveniente por completo de los factores llamados no específicos, o porque los pacientes hubieran mostrado el mismo promedio de mejoría sin el tratamiento. Si los factores no específicos fuesen cruciales podría argumentarse que el tratamiento en conjunto fue eficaz y que no debería abandonarse. Una alternativa más económica sería la de administrar sólo los no específicos. En relación con la mejoría espontánea, podría sostenerse que si en realidad se podría esperar que casi todas las personas se recuperaran en ausencia de tratamiento, esto sería bien conocido (es decir, puesto que no es un asunto de conocimiento común, es probable que el promedio de disminución espontánea sea menor al del 95%); argumento que no carece de

admisibilidad. Si el problema Y resultara ser una fractura grave de la muñeca y el tratamiento X una curación completa en 3 días, el 95% de las veces, pocos podrían argumentar que dichos resultados podrían haberse obtenido sin tratamiento. En la otra cara de la moneda, pocos estarían convencidos de los poderes curativos de los cigarrillos mentolados, con base en descubrimientos confiables en cuanto a que los individuos que los fuman casi siempre se recuperan de los resfríos en el término de 3 semanas.

Sin embargo, el argumento anterior se basa en la suposición de que la gente está razonablemente familiarizada con el curso natural del problema en cuestión. En el caso de los trastornos psicológicos esto es muy cuestionable. Primero, porque la gente parece tener mayores reticencias para exponer sus "problemas psicológicos" que para hablar de huesos rotos, ataques de gripe, etc. [si se consideran las actividades sociales hacia los individuos con una historia de "enfermedad mental" esto no sorprende; véase Fariña y Ring (1965); Fariña, Gliha, Boudreau, Alien y Sherman (1971)]. Principalmente, la coparticipación de experiencias es lo que guía a uno a esperar que el alivio de un resfrío venga en el transcurso de una a dos semanas. Si generalmente las personas no comparten el conocimiento de sus dificultades psicológicas, ¿cómo podría el lego tener conocimiento de los promedios de disminución espontánea para dichos trastornos ("psique", "colapso mental") es vago en extremo y, por tanto, es improbable que pudiera llegarse a un acuerdo en cuanto a promedios de restablecimiento; este mismo argumento se aplica a muchos profesionales.

Regresemos a nuestra pregunta original: ¿hasta qué grado podemos "creer" en la eficacia de un tratamiento, considerando sólo los datos de las historias de casos? Con base en lo anterior, parecería que entre más resultados positivos tengamos (especialmente cuando son comunicados por practicantes que trabajan independientemente), mayor sería la razón para creer que el tratamiento es realmente efectivo. Es decir, las historias de casos pueden proporcionar pruebas legítimas; sin embargo, a causa de las limitaciones mencionadas anteriormente, inherentes a este enfoque, dicha prueba nunca puede tomarse como conclusión absoluta de que los aspectos de un tratamiento particular sean benéficos.

Experimentos controlados. Los controles en un experimento se refieren a cualquier cantidad considerable de procedimientos empleados para asegurar que los resultados puedan interpretarse de una manera relativamente inequívoca y definida. Obviamente, el control experimental no es una situación de "todo o nada", sino que más bien en él existen diversos grados dependientes del rigor programado en una investigación particular [esto queda bien ejemplificado en el cuidadoso análisis de la investigación sobre la desensibilización sistemática de Paul, véase Paul (1969b, c); así como Paul (1969a)]. Entre mayor sea la cantidad de procedimientos de control cuidadosamente instituidos, más conclusivos serán los resultados.

Antes de seguir, es preciso señalar que los investigadores de la psicología comúnmente emplean una de dos estrategias generales de control. La estrategia de grupo, la más común de las dos, se observa en su forma más simple en el experimento siguiente: se comienza con un número considerable de individuos (sujetos), digamos, 30. Al azar, 15 son asignados a un grupo y 15 a otro. El primer grupo recibe cierto tipo de tratamiento y se le designa grupo experimental o de tratamiento. El segundo no recibe tratamiento y se le llama grupo control. Generalmente se toman medidas de respuesta al empezar y concluir el experimento y se comparan los dos grupos en relación al promedio, o media, del grado de cambio. Si el grado promedio del cambio no difiere entre los dos grupos, la obvia conclusión es que el tratamiento no tuvo efecto, lo cual es raro que suceda, ya que los factores llamados "no controlados" (sucesos sobre los cuales el experimentador no tiene control) es probable que propicien una diferencia entre los grupos. Las llamadas "estadísticas inferenciales" se utilizan para ayudar al experimentador a decidir si las diferencias obtenidas son suficientemente grandes para considerarlas "reales" (es decir, que no ocurrieron por azar y, por tanto, son generalizables). En la investigación psicológica generalmente se sigue la subsecuente regla: Cuando la probabilidad de que una diferencia pequeña de la media entre grupos haya ocurrido por azar es menos que 0.05, se supone que la diferencia verdaderamente no ocurrió por azar. Es decir, que el tratamiento tuvo un efecto "real" sobre las conductas del caso. Cuando es así, el resultado se establece como sigue: "se encontró que el tratamiento X tiene un efecto significativo sobre la conducta Y". El lector que no esté familiarizado con las

estadísticas puede encontrar confuso este análisis. Lo importante es que a lo largo de este texto, siempre que se use la expresión "significativo" dentro del contexto de un descubrimiento experimental, significa que los hallazgos pueden ser vistos como reales o legítimos en el sentido de que es muy probable que sean generalizables. También es bueno que el lector recuerde que cuando decimos que un descubrimiento de investigación es generalizado, lo es solamente para un tipo de individuos similares a los sujetos utilizados en el experimento.

La segunda estrategia general implica el trabajo con un número reducido de sujetos, actuando cada sujeto como su propio control. Para ejemplificar, una conducta particular (conducta Y) es seleccionada para la investigación. Para cada uno de los sujetos la frecuencia de ocurrencia de la conducta Y se establece durante un periodo de línea base (pretratamiento). Después, el tratamiento X se presenta (tal vez el sujeto es reforzado por Y), para luego interrumpir X. Suponiendo que el tratamiento realmente sí tuvo un efecto sobre la conducta Y, la frecuencia de esta conducta deberá regresar a la línea-base. Naturalmente, esto se basa en la suposición de que el tratamiento no tuvo un efecto irreversible sobre la conducta (por ejemplo, daño cerebral ocasionado por ingestión de droga tóxica). El mismo procedimiento se sigue con cada sujeto, y en la medida en que el reconocimiento de los datos revela marcadas similitudes en los mismos, se puede generalizar a la población de la que los sujetos provienen. Esta estrategia, generalmente relacionada con estudios de condicionamiento operante, no compara medias ni emplea estadística inferencial.

El que un investigador opte por una u otra de las estrategias arriba mencionadas depende, en parte, de la naturaleza del problema que se investiga. Por ejemplo, si uno estuviese interesado en determinar los efectos de la desensibilización sistemáticas sobre una fobia a los aviones, la estrategia del "sujeto como su propio control" no sería la adecuada, debido a que difícilmente se podría esperar que el sujeto revirtiera a su evitación a volar, siguiendo la implementación del tratamiento. Por otra parte, si se trabaja dentro de un marco de referencia operante, cuando una conducta está relacionada con eventos reforzantes de manera simple y directa, presentar y

retirar reforzadores daría como resultado un incremento de la respuesta reforzada, seguido de un regreso a la línea-base. Cuando es apropiada, esta estrategia tiene una ventaja de resultar económica (se requieren pocos sujetos) y como señala Sidman (1960), uno de los más connotados opositores del enfoque estadístico de grupos grandes, permite el examen de patrones individuales no usuales de respuesta, que se pierden cuando uno se fija en los promedios de grupo. Por su parte, Paul (1969a) ha argumentado que en términos de establecer relaciones de causa efecto, la estrategia de grupos grandes (en particular lo que se denomina enfoque "factorial", que examina simultáneamente los efectos de diversos factores pertinentes) es la más poderosa de ambas. Paul no sostendría, sin embargo, que la estrategia del sujeto como su propio control no contribuya a establecer la validez de una técnica dada (especialmente si experimentadores distintos que trabajan en ambientes diversos informan de resultados similares). Desde el punto de vista del lector, ambas estrategias pueden considerarse útiles para respaldar la eficacia de técnicas terapéuticas. Puesto que la metodología estadística de grupos grandes es la más popular de las dos (la mayor parte de la investigación que se considera en este volumen aplica este enfoque) el siguiente análisis trata sobre ciertos temas relacionados con esta estrategia.

Como lo hemos planteado, el experimento más elemental de grupo control requiere solamente de dos grupos de sujetos: uno recibe el tratamiento y el otro no. Supóngase que el grupo de tratamiento muestra una mejoría significativamente mayor que el de control: ¿qué podríamos concluir? Deduciríamos que hay algo en la interacción del experimentador con sus sujetos que contribuye a una cierta cantidad de mejoría por encima y más allá de lo que puede lograrse con el paso del tiempo, o tomando medidas de la conducta meta (puesto que los sujetos de control pasaron por el mismo lapso y fueron objeto de las mismas operaciones de medición). ¿Equivale esto a decir que el tratamiento X resultó verdaderamente eficaz para tratar el problema Y? Depende de lo que quiera decirse con "tratamiento". Si se define como todo aquello que al terapeuta se le ocurra hacer, la respuesta sería SI (por el momento pasaremos por alto el asunto de la durabilidad de la mejoría); pero si por tratamiento entendemos aquellos aspectos propios de una técnica particular, excluyendo lo que no sea específico de la técnica (por ejemplo, los

efectos placebos), no se puede llegar a tal conclusión, simplemente porque los factores no específicos no han sido controlados. Al lector que considere irrelevantes los factores no específicos se le recomienda la bibliografía psicológica sobre intentos de reducir el hábito de fumar (véase Keutzer, Lichtenstein y Mees, 1968; Mees, 1968, y Bernstein, 1969). Parte de dicha bibliografía se analiza en el capítulo 7, en el que a menudo se encuentra que los tratamientos placebo resultan tan efectivos como el tratamiento principal sometido a investigación (en contraste con los grupos control no tratados, que muestran una mejoría mucho menor).

A la luz del análisis resulta claro que se requiere de un segundo grupo control, el cual exponga a los sujetos a las mismas situaciones no específicas experimentadas por el grupo en tratamiento, pero que no incluya aspectos específicos del tratamiento en cuestión (Paul, 1969a); en la investigación médica por ejemplo, al considerar la eficacia de una nueva droga, la utilización de dicho tratamiento no resulta difícil. El grupo "placebo" recibe una "pildora" que posee todas las características aparentes del medicamento y, naturalmente, se les dan las mismas instrucciones. En la investigación psicológica, especialmente la que implica técnicas terapéuticas, la tarea es bastante más difícil, debido a que la interacción sujeto-experimentador es mucho más compleja. Se deberán incorporar varias características al especificar el tratamiento de control no específico. Hay pruebas (véase Oliveau, Agras, Leitenberg, Moore y Wright, 1969) de que la mejoría puede ser, al menos en parte, lo que el sujeto espera obtener del tratamiento. En consecuencia, todo esfuerzo deberá tender a proporcionar el mismo grado de expectancia positiva que se espera ocurra en el grupo de tratamiento. Lo anterior puede lograrse por medio de un conjunto de instrucciones, interacciones sujeto-experimentador que pueden ser interpretadas por el sujeto como terapeuta, o ambos. Hay pruebas (véanse caps. 5 y 6) de que la atención puede ser un reforzador poderoso, en cuyo caso debe tenerse cuidado de asegurar que los sujetos de control no específico reciban un grado de atención comparable a aquel que se otorga a los sujetos en tratamiento. Para controlar las características del experimentador se deberá emplear el mismo en ambos grupos. No hace falta decir que estos comentarios generales no pretenden proporcionar al lector las habilidades necesarias para llevar a

cabo la investigación terapéutica. Al aplicar un tratamiento de control tan adecuado se deben tener en cuenta muchos factores específicos a la investigación en particular, y la apreciación de tales factores requiere experiencia y amplio adiestramiento. Por otra parte, se espera que el lector esté sobre aviso del difícil papel de los grupos control de este tipo (que a menudo faltan en las publicaciones de investigación), y sea un tanto más capaz de evaluar el grado de control experimental cuando lea la bibliografía psicológica.

El colocar sujetos en condiciones de control plantea un problema ético evidente. Después de todo, ¿no está el experimentador negando tratamiento a individuos que lo necesitan? Se debe señalar que la mayoría de los sujetos en los experimentos de terapia conductual no son individuos que deliberadamente busquen el tratamiento en una clínica. Por el contrario, generalmente son personas que están relativamente bien, pero que tienen alguna dificultad específica y se ofrecen para lo que se les ha dicho es un "experimento" que ha de enfocarse en esa dificultad. Quizá el punto más importante a destacar es que el experimentador no está sosteniendo un tratamiento que se sabe que es efectivo. En realidad, este es el punto central de la investigación. Si resulta que los sujetos en tratamiento no mejoraran más que los de control, ello es prueba de que a éstos no se les negó un tratamiento efectivo. Si los sujetos en tratamiento mejoran más el experimentador se encontrará en la excelente posición de poder ofrecer a los sujetos de control un tratamiento que ahora tiene respaldo científico. De existir un problema ético, se relacionará con el hecho de que los experimentadores generalmente no proporcionan esta opción a los sujetos de control.

Hasta el momento hemos supuesto que un solo experimentador ha llevado a cabo todos los tratamientos. Como sucedió con el método de historias de casos, esto limita la generalización. Este problema se puede superar haciendo que varios experimentadores dirijan todos los tratamientos (Paul, 1969a), de modo que los experimentadores sean, al menos, representantes cercanos de la clase de gente que normalmente se entrega a dichos tratamientos.

Al analizar la eficacia de una técnica de terapia hablamos de cambios en mediciones específicas de la conducta humana. Son varias las clases de respuesta que se examinan en la terapia de la conducta. La mayoría de los terapeutas de la conducta estarán probablemente de acuerdo en que la medida simple más importante, implica una evaluación objetiva de la conducta meta en sí. Si el sujeto teme a las serpientes, el experimentador notará cuidadosamente el grado en que aquél se acerca e interactúa con una culebra inofensiva (véase Lang y Lazovik, 1963, y Davison, 1968). Si teme hablar en público, se hace que su aparente temor sea calificado por jueces que lo observan al decir un discurso (véase Paul, 1966). La autoevaluación constituye una segunda clase importante de medidas. Generalmente no se acepta que tan sólo por el hecho de que una persona sea capaz de tocar una serpiente ya no experimente angustia [hay pruebas de lo contrario; por ejemplo, Davison (1968)]. Por tanto, aparte de observar su conducta, el experimentador pide al sujeto que evalúe su angustia subjetiva. Hay un tercer tipo de medida de respuesta que evalúa el grado de activación emocional o fisiológica. Con frecuencia los teóricos (entre los terapeutas de la conducta, más notablemente Wolpe, 1958, 1969) identifican la ansiedad con tal activación, y presumiblemente, si una persona ya no muestra temor en presencia de un estímulo dado, esto refleja una reducción de la emoción como lo determinan mediciones como la respuesta galvánica de la piel, ritmo cardiaco, ritmo respiratorio, etc. Otro ejemplo del empleo de la evaluación fisiológica se observa en la aplicación de un instrumento conocido como pletismógrafo al medir la erección del pene en estudios que tratan sobre la modificación de la conducta sexual (véase Freund, 1963).

Otras mediciones que algunas veces se utilizan en ese tipo de investigación abarcan cuestionarios diversos (por ejemplo, The Taylor Manifest Anxiety Scale (La escala de ansiedad manifiesta de Taylor); véase Taylor, 1953; The Fear Survey Schedule (El inventario de miedos); véase Wolpe y Lang, 1964) y escalas que miden la conducta asertiva (por ejemplo, Wolpe y Lazarus, 1966; Lawrence, 1970), para mencionar sólo unas cuantas.

Rara vez los experimentos emplean los cuatro tipos de medidas indicados. Naturalmente que cuando se puede obtener respaldo para la

eficacia de un tratamiento a partir de cierto número de mediciones distintas, uno se impresiona más que cuando se utilizan una o dos. Por otra parte, los descubrimientos positivos para una medición conductual objetiva, junto con resultados similares en cuanto la autoevaluación (en otras palabras, el sujeto se conduce de manera más adaptada e indica que se siente más cómodo, eficaz, etc.), serían argumentos más firmes de que el tratamiento resultó eficaz.

Si el efecto positivo del tratamiento ha de tener algún valor práctico, debe tener cierta durabilidad; razón por la que es importante que la investigación en terapia incluya medidas de seguimiento. Es frecuente que tales mediciones sean las mismas que se emplean en el propio experimento, si bien algunas veces se aplican mediciones originales e in vivo (véase McFall y Marston, 1970). Un aspecto importante es el que se refiere al lapso que el experimentador deja transcurrir antes de tomar sus medidas de seguimiento. Ciertamente, un periodo de sólo dos o tres días no permitiría una demostración convincente de la estabilidad de los efectos del tratamiento. Por otra parte, ciertos autores (véase Paul, 1969a) han señalado problemas inherentes a intentar seguimientos con una base de verdadero largo plazo. Por ejemplo, un año después del tratamiento puede ya no disponerse de un número considerable de sujetos, y entre los disponibles, puede ser que algunos no deseen participar. Asimismo, no se esperará que el tratamiento exitoso proteja al sujeto de adversas experiencias de aprendizaje que pudieran ocasionar la reaparición de la misma conducta de desadaptación, y cuanto más largo sea el periodo de seguimiento, más probable es que esto ocurra. Cuando sucede, no es razonable concluir que el tratamiento ha sido ineficaz. Estos comentarios son especialmente aplicables a ciertas investigaciones en las que el tratamiento consiste en retirar al individuo del ambiente que por lo regular refuerzan las conductas que la sociedad considera inapropiadas. Si después de un tratamiento exitoso, se regresa al individuo al ambiente original, sin que "reincida", esto podría considerarse como prueba de que las suposiciones del tratamiento no fueron válidas (es decir, que si la conducta de desadaptación estuviera realmente bajo el control de estas contingencias, entonces tendría que regresar). Pero suponiendo que no hay nada intrínseco al ambiente natural del sujeto que asegurará que la conducta problema reapareciera pronto, la interrogante sobre un periodo de seguimiento razonable persiste.

Un factor que debiera tenerse en cuenta, es la frecuencia con que el individuo tiene probabilidades de estar expuesto a estímulos que, antes del tratamiento, tendían a provocar el patrón de conducta de desadaptación. Considérese al fóbico a los perros que al ser tratado con desensibilización sistemática, es capaz de interactuar con un perro y piensa que se ha "curado". Pero supóngase que la mejoría es función de algún elemento no específico de tratamiento (por ejemplo, que la presencia del experimentador haya inducido al sujeto a un grado atípico de confianza), y que durante el curso del seguimiento, las repetidas exposiciones a perros de la vida real lo convencen de que no está curado. Probablemente lo anterior surgirá al momento de evaluar el seguimiento.⁰ En este punto, es probable que un seguimiento de un mes resulte adecuado para permitir tales experiencias in vivo. Se puede esperar que la mayoría de las conductas de desadaptación que trata la investigación de la terapia de la conducta estén bajo el control de estímulos externos que ocurren con una frecuencia relativamente alta, sugiriendo que los seguimientos de uno o dos meses, típicamente relatados en la bibliografía, son por lo general adecuados. Muchos experimentos "análogos" han empleado sujetos con fobia a las serpientes, siendo posible sostener que el periodo típico de seguimiento no es lo suficientemente largo para permitir que ocurran encuentros de vida real con culebras inofensivas. En parte, ello dependería del lugar donde viva el sujeto (urbano vs. rural), pero aún en ausencia de entrenamiento con serpientes reales, el sujeto puede "probar" su respuesta en situaciones en que exista alguna posibilidad de que una serpiente esté al acecho (debajo de su casa; en el pasto alto), o cuando aparezca una víbora en la televisión o el cine.

Experimentos análogos. Los experimentos controlados en la terapia de la conducta son por lo común del tipo análogo. Se supone que el tratamiento que administra el experimentador a su sujeto constituye una simplificada analogía del tratamiento del clínico a su paciente. Los sujetos son voluntarios o tomados de una población no clínica (es decir, se les clasificaría como "normales"). Es común que en un experimento determinado todos los sujetos manifiesten el mismo problema. El tratamiento, que se administra de una manera estereotípica, aborda solamente el problema que se ha especificado. Como otros investigadores (véase Kanfer y Phillips, 1969; Paul, 1969a) han

advertido, por razones de ética y control experimental, el enfoque análogo es una forma acertada para investigar la eficacia del tratamiento. No obstante, desde un punto de vista práctico, el propósito real de llevar a cabo investigación análoga, es el de proporcionar a los clínicos mejores métodos para enfrentarse a los problemas (esto es, problemas de pacientes hospitalizados o de clientes que buscan una terapia fuera del hospital). La pregunta crítica es entonces, ¿hasta qué grado pueden esperarse que estos resultados análogos se generalicen a poblaciones clínicas? Paul (1969a) ha concluido que la generabilidad depende del "grado en que las variables estudiadas en el laboratorio, compartan las características esenciales de las variables en el contexto clínico (pág. 54)". Algunas de estas "características esenciales" son la gravedad y duración del problema, la existencia de otros problemas correlacionados con dicho problema (Zytowski, 1966), y los niveles de motivación.

Respecto a esas características esenciales, parece bastante claro que puede esperarse que la generalización de resultados análogos a ambientes clínicos sea bastante imperfecta. Como Paul (1969a) y Kanfer y Phillips (1969) han sostenido, la prueba final de si un método de tratamiento ha funcionado en un ambiente clínico, debe llevarse a cabo en un ambiente clínico. Aquí descansa una función importante de la información de historias de casos. Si a partir de una investigación análoga es posible concluir (y ciertamente nuestra conclusión debiera basarse en más de un experimento) que los elementos específicos del tratamiento X resultan eficaces al tratar el tipo de problemas Y, y si un número considerable de distintos terapeutas en ambientes clínicos diferentes informan de un índice elevado de éxito (basado en una gran cantidad de pacientes o clientes) al tratar problemas semejantes, se fortalece enormemente al valor clínico o práctico del tratamiento. Desde luego, los hallazgos positivos de la investigación controlada llevada a cabo en un ambiente clínico, contribuirán a la fuerza de tal conclusión.

En resumen, el que una técnica particular X resulte de valor práctico para tratar un determinado tipo de conducta de desadaptación Y, dependerá de los descubrimientos empíricos. Los experimentos controlados de variedad análoga proporcionan pruebas convincentes de que la técnica es efectiva para ciertas poblaciones. Los grupos de control específico, el empleo de

experimentadores distintos, la inclusión de mediciones de respuestas pertinentes y un razonable seguimiento, contribuyen a la credibilidad de tales descubrimientos. El grado en que se pueden generalizar descubrimientos análogos a ambientes clínicos, es función de la similitud de los factores esenciales. Descubrimientos extensos de historias de casos y, cuando son factibles, las investigaciones controladas en el ambiente clínico, junto con descubrimientos análogos, proporcionan evidencias concluyentes de que la técnica específica es de valor práctico.

Terapia de la conducta y acumulación de descubrimientos empíricos

En 1965, Rimm asistió a un seminario que presentaba un prominente terapeuta de la conducta, quien expresó que como los principios de modificación de la conducta humana estaban ya bien establecidos, los psicólogos deberían centrar sus esfuerzos en las cuestiones de ética. En otras palabras, "ahí estaban" los datos, y la pregunta era ¿cómo utilizarlos de manera ética y socialmente constructiva? Cuando se observa la gran acumulación de conocimientos empíricos reunidos desde entonces (muchos de los cuales han alterado apreciablemente la "conducta" del terapeuta en ejercicio), resulta claro que tal afirmación era prematura. En esa época el respaldo empírico a la efectividad de la desensibilización sistemática y el entrenamiento asertivo era relativamente débil, los métodos de "extinción" (por ejemplo, la terapia implosiva) del capítulo 8 virtualmente no habían sido investigados, la importante obra de Bandura y colaboradores acerca de los procedimientos de modelamiento y reducción del miedo no habían aún aparecido, los enfoques conductuales al autocontrol estaban en gran parte en la etapa conjetural, y el importante papel de los factores cognoscitivos en su influencia sobre la conducta no se habían apreciado suficientemente, y les faltaba el respaldo empírico. Es evidente que durante este lapso se acumuló una gran cantidad de información clínica o teórica importante. Si los datos no estaban de ninguna manera completamente "ahí" en 1965, ¿sería correcto en esta época afirmar tal cosa? Dadas las tendencias actuales, la respuesta es negativa, y desde el punto de vista del clínico consagrado a su labor, esto resulta crucial. Una parte considerable de este texto se dedica a "cómo

hacerlo". Si el practicante incorpora algunos de estos procedimientos a su práctica, nuestra esperanza es que llegue a descubrimientos posteriores que señalen que los procedimientos que aquí se describen, necesitan ser modificados. Desatender dichos descubrimientos sería hacer un más servicio a los propios pacientes. Una característica fundamental definitoria de la terapia de la conducta, es su insistencia en que la práctica clínica se someta a modificación continua como función del surgimiento de nuevos datos objetivos. Pasar por alto estos datos equivaldría, en gran medida, a no comprender lo que significa la terapia de la conducta.

LA RESPUESTA DE ESTRÉS¹³

El estrés consiste en una respuesta de emergencia que comporta un cierto desequilibrio y/o determinadas alteraciones en alguno de los sistemas biológicos y psicológicos implicados en esta manifestación. Es una reacción general del organismo que se produce como respuesta a demandas internas o externas que son percibidas como amenazantes o exigentes; es una respuesta que en muchos casos puede resultar adaptativa (beneficiosa, saludable, útil), en la medida que posibilita el nivel de activación apropiado para responder adecuadamente a las demandas de la situación. En el cuadro 1 se presentan algunos efectos de la respuesta de estrés sobre el funcionamiento biológico.

Las situaciones potencialmente estresantes son incontables y muy variables en cuanto al grado de intensidad de la respuesta que provocan. Una situación estresora es tanto aquella en la que se nos pide rendir al límite de nuestras posibilidades, como aquella otra en la que nosotros mismos nos planteamos un reto personal, aunque tenga un escaso nivel de trascendencia más allá de nosotros mismos; en ambos casos, aunque con diferente grado de intensidad, reaccionamos poniendo a disposición de la solución a ese problema toda la energía de la que es capaz nuestro organismo y nuestra mente. Así, la respuesta de estrés es un mecanismo del que nos ha dotado la naturaleza a las personas para derivar nuestra energía a la solución de un problema (o reto); en principio, esa derivación será algo situacional y limitado en el tiempo y una vez alcanzada la solución todo volverá a la “normalidad” y el organismo redistribuirá sus energías entre los diferentes órganos para el funcionamiento integral y coordinado de la persona que ha pasado por esa situación, lo que se denomina homeostasis. Por ejemplo, estar nervioso o

¹³ Este documento es la adaptación del capítulo del mismo título que se incluye en los apuntes del curso de “Control de la activación y relajación: biofeedback” (A. López de la Llave. UNED. 2009)

preocupado en el momento de mantener una relación sexual, puede tener como consecuencia que se dedique más tiempo y más atención a la preparación de esa situación, lo que sin duda podrá repercutir en un mejor rendimiento; por ejemplo problemas de impotencia en el hombre o en otros casos es posible que situaciones de estrés o ansiedad hayan facilitado la aparición de eyaculación precoz, asociándose posteriormente eyaculación precoz e interacciones sexuales. Una vez que se ha aprendido un reflejo eyaculatorio rápido, dado que éste es automático, es difícil conseguir controlarlo de forma voluntaria, por lo que una vez establecido el problema es raro que se cure de forma espontánea.

Cuadro 1

Algunos efectos de la respuesta de estrés sobre el funcionamiento biológico

La respuesta de estrés tiene como consecuencia la alteración del funcionamiento fisiológico y mental de las personas. Algunas actividades ven aumentado su nivel de funcionamiento mientras que otras sufren una notable disminución. Dado que desde el punto de vista filogenético la respuesta de estrés tiene un valor de defensa frente a posibles agresiones físicas, como puede verse en la lista de más abajo, generalmente aumentan las funciones que más beneficiarían la huida o la defensa activa (enfrentamiento) mientras que disminuyen las funciones menos necesarias para esas conductas de defensa activa.

Aumentan:

- Presión Arterial
- Aporte sanguíneo al cerebro (moderado)
- Ritmo cardíaco
- Estimulación músculos estriados
- Ácidos grasos, triglicéridos y colesterol
- Secreción de opiáceos endógenos
- Azúcar en sangre

Disminuyen:

- Riego sanguíneo periférico (por ejemplo a la piel)
- Mecanismo inmunológicos
- El apetito
- El Estado de ánimo (depresión, indefensión, desesperanza)

Esta visión positiva de la respuesta de estrés, debe hacernos valorar muy positivamente esta capacidad, como un elemento indispensable en el repertorio de comportamientos de que disponemos y que nos facilita la posibilidad de mejorar, de crecer, siendo esta respuesta la que nos puede ayudar a evitar graves problemas de salud o resolver situaciones que amenazan a nuestra integridad física.

Sin embargo, el exceso de estrés, depresión, ya sea como consecuencia de la exposición a múltiples o muy intensas situaciones estresantes, por una falta de recursos apropiados para responder a esas demandas a las que hacer frente o como resultado del agotamiento emocional resultado de sobrefuncionamiento que supone la exposición prolongada a situaciones exigentes, constituye uno de los principales factores que atentan contra el bienestar, el rendimiento y la salud de las personas (Buceta y Bueno, 2001). Así, el estrés ha llegado a estar considerado como uno de los más importantes determinantes del rendimiento deficitario, uno de los principales factores de riesgo para múltiples problemas de salud y un claro agente asociado a múltiples problemas sociales.

CÓMO SE GENERA EL ESTRÉS

Se puede explicar el síndrome del estrés (una emoción desagradable/dolorosa/molesta) mediante dos “fórmulas” básicas:

<p>1.- Estímulo ambiental</p> <p>→ activación fisiológica</p> <p>→ pensamientos negativos = emoción molesta</p>
<p>2.- Estímulo ambiental</p> <p>→ pensamientos negativos</p> <p>→ activación fisiológica = emoción molesta</p>

La primera de estas fórmulas fue introducida en 1962 por Schachter en su teoría de la atribución. La formulación se fundamenta en un clásico experimento de la Psicología de aquellos años. En esa ocasión se administró una pequeña dosis de adrenalina a varios sujetos a los que se les había dicho que el fármaco era un compuesto vitamínico; después se pidió a la mitad del grupo que pasara a una sala de espera (la sala A) hasta que le tocara el turno para cumplimentar unos test de inteligencia, mientras que a la otra mitad de los participantes se les hacía pasar a otra sala (la sala B) donde también debían esperar su turno para hacer los mismos test. En ambas salas de espera se encontraban otras personas, que supuestamente también había tomado el fármaco (pero que en realidad eran actores compinchados con los investigadores). El efecto de la adrenalina es que a los pocos minutos de la administración del compuesto aparece una sobreactivación del sistema nervioso con pequeños temblores de las manos, taquicardia aumento de la frecuencia de las respiración, entre otros síntomas. Mientras la adrenalina estaba surtiendo su efecto sobre los sujetos experimentales, el actor de la sala A (recuérdese que no había tomado nada) empezaba a comportarse de una forma eufórica y alegre, mientras que en esa misma situación el actor de la sala B comenzaba a comportarse de una forma colérica, mostrándose muy enfadado. Las personas presentes en ambas salas estaban siendo observadas desde otra habitación, a través de un espejo de visión unidireccional, y se estaban registrando sistemáticamente sus comportamientos. Mediante este sistema se comprobó que los participantes en la investigación que habían estado esperando en la sala A (actores alegres) se mostraban contentos, incluso eufóricos, mientras que aquellos que habían estado en la sala B (actores enfadados) se comportaban de forma colérica, muy enfadados.

Los investigadores también descubrieron que otro grupo de sujetos experimentales, que habían recibido una sustancia placebo (inocua), no habían tenido ninguna reacción emocional cuando pasaron por las mismas situaciones. También comprobaron que si los sujetos experimentales eran advertidos de unos posibles efectos secundarios del supuesto compuesto vitamínico consistentes en pequeños temblores de las manos, taquicardia

aumento de la frecuencia de las respiración, tampoco tenían ninguna reacción emocional. De forma resumida las conclusiones de los investigadores señalaban que:

1- La emoción no es un suceso fisiológico, una reacción química que crea sentimientos automáticamente, la activación fisiológica por sí misma no produce emociones.

2- Un estado de sobreactivación fisiológica para el que no existe una explicación inmediata lleva a la persona que lo experimenta a evaluarlo, comprenderlo y buscar una “etiqueta” apropiada; la elección de la etiqueta determina la respuesta emocional.

La emoción parece deberse, según la formulación de esta teoría, a la evaluación que hace la persona de los sucesos internos y externos. Así, los sujetos del estudio atribuían su activación a la euforia o a la cólera según les pareciera lo más apropiado en sus circunstancias situacionales concretas, es decir a la reacción del actor que les había tocado en suerte

Este estudio sugiere que la emoción es precedida de los pensamientos, de forma que cuando alguien se siente altamente emocionado (ya sea positiva o negativamente) debe indagar, no sobre qué hechos externos a el mismo le han llevado a esa emoción, sino sobre qué tipo de pensamientos propios son los que le han conducido a ella. De esta forma, el estrés (una emoción más o menos intensa) sentido por una persona se puede entender como el resultado de la interpretación que esa persona hace del estado de activación que siente, asumiéndose que en ante un estado de activación similar, si los pensamiento hubieran sido los adecuados podría haberse reaccionado con un sentimiento de afecto positivo (por ejemplo, alegría).

En la misma línea que la descrita en los párrafos precedentes, Stuart Valins, a finales de los años 60 del pasado siglo XX, llevó a cabo un experimento en el que un grupo de hombres veían fotos de mujeres de las publicadas en la revista Playboy, a la vez que escuchaban los latidos de su

corazón. En realidad, el sonido que oían no era el de su ritmo cardiaco sino una grabación, que podía ser manipulada acelerándose o retrasándose la frecuencia cardiaca de la que supuestamente informaba. De esta manera se hacía creer a los participantes que la mitad de las fotos les aceleraban el corazón, mientras que la otra mitad no les influía en esta respuesta fisiológica. Cuando se pidió a los sujetos que clasificaran las fotografías según el grado de atractivo de las modelos, pusieron en primer lugar aquellas en las que “se les había acelerado el corazón”. Como se ha dicho, en realidad esa aceleración había sido programada de forma aleatoria, de forma que era la casualidad la responsable taquicardia. Lo que Valins demostró es que la respuesta emocional dependía de lo que el sujeto pensaba de su estado interno, sin hacer caso de lo que realmente estaba pasando en su interior. El pensamiento se presenta, también aquí, como un antecedente de la emoción.

En resumen, según esta primera fórmula para explicar los mecanismos del estrés (una emoción), las personas se atribuyen una emoción en función de que esta emoción sea la que mejor explica su estado de activación, de acuerdo con las circunstancias externas que le rodean en ese momento.

Cuadro 2

Algunas condiciones ambientales que pueden generar estrés

Cambio en la situación o demandas estimulares

Incertidumbre

Falta de información

Sobrecarga de los canales de procesamiento

Falta de habilidades o conductas para afrontar la situación que se presenta.

Alteración de las condiciones biológicas

La segunda fórmula, que puede explicar la aparición de la respuesta de estrés, mantiene los mismos elementos pero en un orden diferente. Aquí un estímulo ambiental (la proximidad de un estreno) da paso a la generación de pensamientos negativos (podría no salir bien, podría olvidar parte de la obra), a lo que sigue un estado de sobreactivación (nudo en la garganta, sudoración) de todo lo cual aparece una emoción desagradable (ansiedad, estrés). En este caso los pensamientos anteceden a la activación.

Los autores que defienden esta visión (Aaron Beck y Albert Ellis) argumentan que las reacciones emocionales son el resultado de la forma con que las personas estructuran la realidad; cuando una persona está ansiosa, estresada, es como consecuencia de que está interpretando como peligrosos los sucesos que le acontecen. Si está deprimida es porque se obstina en verse a sí misma como necesitada víctima de la mala suerte; si se encoleriza es porque piensa que está padeciendo abusos de cualquier tipo. Cada emoción dolorosa está originada por un pensamiento negativo particular. En definitiva, la actividad fisiológica asociada a una emoción aparece después de los pensamientos que la componen; es como si esa activación se generase para permitir a la persona ser congruente con sus pensamientos.

El círculo vicioso que cronifica la respuesta de estrés

Hemos visto cómo se produce la respuesta de estrés, pero esta respuesta tiene una duración limitada en el tiempo. De hecho, dependiendo de la intensidad de la reacción, el estrés puede desaparecer con el solo paso del tiempo, sin ninguna otra intervención, dado que el organismo busca la homeostasis y la sobreactivación va desapareciendo con el tiempo, hasta desaparecer. Esto es así en la mayoría de los casos.

El estrés se convierte en problema cuando se cronifica. En los estados de estrés crónico se crea un circuito de retroalimentación negativo entre la mente y el cuerpo. Cada uno de ellos influye en el otro mediante un patrón

que hace más intensa la activación. Según la primera fórmula de las que hemos visto, cuando el cuerpo se tensa aparecen pensamientos como “me estoy poniendo nervioso”. Entonces, el cuerpo reacciona al sentimiento de ansiedad tensándose más aún. Si se observa un aumento en el ritmo cardíaco, se puede pensar “voy a estallar”, lo que da como resultado una mayor activación fisiológica, acompañada de unas valoraciones y predicciones cada vez más calamitosas y pesimistas. A medida que se produce este tipo de diálogo entre nuestra mente y nuestro cuerpo se empieza de hecho a sentir miedo.

El circuito en la segunda fórmula tiene un patrón similar. Una persona interpreta un suceso como peligroso diciéndose a sí misma “ahora estoy en un apuro, podría hacerme daño”. El cuerpo reacciona a este pensamiento con una respuesta típica de alarma: taquicardia, movimientos intestinales, sudoración. Interpretamos la activación como una evidencia complementaria que justifica la alarma, pensando “esto es terrible”. El cuerpo recibe el mensaje de que existe un peligro aumentado. Y así se genera una escalada constante hasta que la persona se siente completamente asustada.

Para romper este circuito negativo de retroalimentación, y eliminar las sensaciones de ansiedad presentes o prevenir la cronificación del estrés se puede actuar fundamentalmente de cuatro formas: a) controlando y cambiando la situación que dispara la reacción de alarma, b) actuando sobre la respuesta fisiológica, c) fortaleciéndonos (“vacunándonos”) contra el estrés y d) cambiando nuestros pensamientos. En el cuadro 3 se ofrecen algunas recomendaciones para este fin.

- Controlar las situaciones que disparan las reacciones de alarma

Para lograr los objetivos que se buscan mediante las intervenciones centradas en controlar las situaciones que disparan las reacciones de alarma, será necesario “manipular” el entorno habitual donde se desarrolla la vida de las personas que presentan problemas debido a sus respuestas de estrés.

Cuadro 3
Recomendaciones para reducir los efectos negativos del estrés.
(Adaptado de Labrador 1999)

- 1.-Reducir en lo posible demandas excepcionales del medio
- 2.-Modificar la forma de percibir las demandas del medio
- 3.-Aprender a controlar la activación fisiológica (relajación, respiración, yoga...)
- 4.- Reducir el consumo de sustancias que provocan automáticamente la R. de estrés (dieta, drogas, ritmos de ingesta...)
- 5.-Hacer ejercicio físico de forma regular
- 6.- Descanso adecuado
- 7.- Aprender a organizar y controlar los pensamientos (Técnicas de Solución de Problemas, Detención de Pensamientos...)
- 8.-Planificación de actividades y administración de tiempo (en especial aumentar conductas de ocio y tiempo libre).
- 9.- Aprender habilidades sociales y de relación
- 10.- Integrarse en grupos sociales (familia, clubs, sociedades, etc.)

En general, se trata de eliminar del entorno los estímulos que desencadenan las reacciones de estrés; estos estímulos pueden ser tanto físicos como debidos a las normas y reglas o en otros casos pueden ser de carácter social.

Exponerse a frecuentes e injustas evaluaciones sobre la propia actividad, tener que relacionarse con personas a las que se considera como muy “poderosas” o influyentes (el jefe por ejemplo), tener que escuchar a personas que sufren, son situaciones sociales que provocan con frecuencia reacciones de estrés.

Casarse, tener un hijo, cambiarse de casa, encontrar un trabajo, someterse a una intervención quirúrgica, irse de vacaciones, las navidades,

son situaciones que suponen enfrentarse a algo nuevo, desconocido y, aunque en principio agradable y positivo, que exige que se afronte con energía, con el suficiente grado de alerta, y son también situaciones estresantes.

Es fácil determinar el factor común de todas las situaciones estimulares que hemos enumerado: son externas al sujeto que reacciona a ellas mediante ansiedad o estrés (nosotros utilizamos como sinónimos ambos conceptos). Además son accesibles y es factible manipularlas o anticiparse a ellas para eliminar las características ansiógenas y evitar así las reacciones de estrés frente a ellas.

Actuar sobre la respuesta fisiológica

Esta forma de afrontar los problemas de estrés, busca eliminar o aliviar el malestar de la persona una vez que ya se ha producido la reacción emocional.

La actuación se dirige al control de las manifestaciones específicas de la ansiedad: activación fisiológica. Se utilizan estrategias como el entrenamiento en relajación (mediante alguno de los múltiples procedimientos que se han desarrollado a tal fin).

Por otro lado, es necesario señalar que, aunque ya se haya instaurado la respuesta de estrés, el trabajo que se debe llevar a cabo no debe limitarse a aliviar o tratar de eliminar sus manifestaciones, sino que al mismo tiempo debe prestar atención a los otros factores relacionados, como los que ya hemos tratado en el apartado anterior (los factores situacionales externos) así como los que trataremos en los dos apartados siguientes.

Descubrir y cambiar los pensamientos distorsionados

Se puede decir que esta forma de abordar los problemas de estrés (de ansiedad, de miedo) supone “usar la cabeza”. Veamos la siguiente situación.

En una abarrotada sala de cine, una mujer se levanta de repente, da una sonora bofetada a un hombre que está sentado a su lado, y rápidamente se va por el pasillo en dirección a la puerta de salida. Cada una de las personas que ha presenciado la escena reacciona con sentimiento diferente a esta situación. Una mujer se sobresalta, un adolescente de enfada, un hombre maduro comienza a sentirse deprimido, una trabajadora social tiene una sensación agradable. ¿Por qué un mismo suceso tiene consecuencias emocionales tan diferentes entre los presentes en ese cine?

Mientras recordaba las veces que ella misma ha sido maltratada, la mujer asustada pensó: “en casa siempre la debe estar molestando y no ha aguantado más”. A la vez que notaba el enfado, el adolescente pensaba: “el solo quería besarla y ella le ha humillado en una situación como esta con tanta gente alrededor; pobre tío, realmente es una víbora”. El hombre que se sintió triste pensó: “se ha ido y la ha perdido para siempre, que pena”. La trabajadora social se sentía bien mientras pensaba: “qué mujer más fuerte y valiente; me gustaría que muchas de las mujeres tímidas e indefensas que yo atiende hubieran visto esto”.

En cada caso la respuesta emocional del observador fue una consecuencia de sus pensamientos. El suceso fue interpretado, juzgado y etiquetado de tal forma que resultaba inevitable una respuesta emocional particular. Las personas estamos continuamente describiéndonos el mundo, poniendo una etiqueta, un nombre, a cada cosa que nos pasa; hacemos interpretaciones de todo aquello que ocurre a nuestros ojos, juzgamos los sucesos como buenos o malos, temibles o agradables, potencialmente peligrosos o probablemente beneficiosos...

Estas etiquetas y juicios se forman a lo largo de un interminable dialogo de cada persona consigo misma. Esta cascada de pensamientos automáticos pasa casi siempre inadvertida, pero estos pensamientos son lo suficientemente poderosos como para crear las emociones más intensas. Como ya se describió en la “segunda fórmula del estrés”, son estos pensamientos automáticos los

que eliciten la aparición de las manifestaciones fisiológicas y pueden cerrar el círculo vicioso que cronifique la ansiedad como respuesta establecida e incontrolable.

Los pensamientos automáticos tienen las siguientes características:

- son concretos y específicos
- se cree en ellos aunque sean irracionales
- parecen espontáneos
- se formulan como obligación, deber
- tienden a ser dramáticos
- son particulares de cada persona
- son difíciles de “quitar de la cabeza”
- son aprendidos

Escuchar nuestros pensamientos automáticos es el primer paso para controlar las emociones desagradables. Pueden identificarse, porque casi siempre preceden a las emociones ansiógenas. Un buen procedimiento para identificarlos es llevar un diario de pensamientos que incluya el registro de variables como: la hora, la emoción sentida, la situación en la que se ha producido esa emoción, los pensamientos presentes en la situación y un juicio sobre la veracidad (objetividad) del pensamiento.

En la mayoría de los casos, los procedimientos para abordar este tipo de acciones frente a la ansiedad requieren la participación de un profesional de la Psicología, sin embargo es posible que una persona pueda (cuando los problemas no son graves) reconocer y cambiar sus pensamientos distorsionados. Para ello ofrecemos una relación de los 15 más frecuentes (ver cuadro 8 en la página 41 de estos apuntes). Baste lo dicho hasta ahora para tener, al menos, un conocimiento superficial de estas técnicas.

Fortalecernos contra el estrés

La inoculación del estrés se presenta como un programa de entrenamiento dirigido a preparar a las personas para enfrentarse exitosamente a situaciones estresantes. Tomando como referencia el concepto

de "inoculación" o "inmunización", la inoculación del estrés intenta reforzar el repertorio de respuestas de afrontamiento a estímulos potencialmente estresantes moderados, para conseguir así modificar la vulnerabilidad del sujeto al estrés.

Dicho de otro modo, la inoculación de estrés pretende, en última instancia, crear las condiciones necesarias para llevar a cabo ensayos de afrontamiento de situaciones que impliquen niveles de estrés que el sujeto pueda manejar exitosamente, dándole así la oportunidad de aumentar su autoconfianza y aprender, progresivamente, a controlar sus respuestas ante situaciones cada vez más estresantes.

De acuerdo con las recomendaciones de la Dr. Ana M^a Bueno de la universidad de la Coruña, para lograr este objetivo final se requiere un proceso conducente a:

1. Que los sujetos tengan suficientes conocimientos sobre la naturaleza modificable del estrés y la posibilidad de entrenamiento del afrontamiento.
2. Que puedan controlar sus pensamientos, sentimientos y conductas a fin de facilitar interpretaciones adaptativas de las situaciones estresantes.
3. Entrenarlos para que dispongan de habilidades de resolución de problemas.
4. Reproducir en condiciones simuladas las actuaciones reales, la regulación de las emociones y las habilidades de afrontamiento propias del autocontrol.
5. Enseñar cómo utilizar las respuestas desadaptativas como señales para poner en práctica sus repertorios de afrontamiento.

6. Ofrecer prácticas de ensayo imaginado y conductual y asignaciones graduadas in vivo, cada vez más exigentes, para fomentar la confianza del paciente y la utilización de sus repertorios de afrontamiento.

Este proceso se presenta en tres fases:

a) Fase de Conceptualización. En esta fase se trata de establecer de una relación adecuada de colaboración con los participantes; entrenamiento para la comprensión de la naturaleza del estrés y su efecto sobre las emociones y el rendimiento, reconceptualizándolo en términos transaccionales; presentación y justificación del entrenamiento posterior en función de la conceptualización desarrollada.

b) Fase de Adquisición y Ensayo de Habilidades. Retrata de propiciar el aprendizaje y el entrenamiento en la utilización de las habilidades y estrategias de afrontamiento del estrés presentadas en la fase anterior.

c) Fase de Aplicación y Consolidación. Se suele señalar como definitorio de esta fase la realización de exposiciones graduadas tanto en imaginación como in vivo (realización de experimentos personales en la vida real). Además se concede gran importancia a las sesiones de refuerzo y a las evaluaciones de seguimiento

Unas notas finales sobre el estrés y la sexualidad¹⁴

Hemos dicho que el estrés supone una respuesta que se produce ante situaciones de emergencia, es por ello que la activación fisiológica que conlleva se produce en aquellos sistemas del organismo cuya activación

¹⁴ Este apartado hemos seguido en parte el trabajo de: Blanca Torres (2008) Estrés y sexualidad. *Revista de ginecología: "MG". N° 18*. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (ISSN 1887-2478) "Mi ginecólogo"
<http://www.blancatorres.org/wordpress/estres-y-sexualidad.html>

favorece ya la defensa ya la huida de esa situación estresante. En este sentido, se puede decir que de todas las funciones del organismo, **la sexual es la más menos durante una situación de peligro individual**, incluso podría llegar a ser perjudicial. Imaginemos lo poco conveniente que resultaría excitarse sexualmente en un momento en el que hay que huir de un peligro o mantener la mente clara para resolver una situación más o menos complicada. En definitiva, la respuesta sexual es incompatible con el estrés, o dicho de otro modo, el estrés inhibe esta función.

Hay situaciones y/o personas que pueden percibir la propia relación erótica como una situación de “peligro”; ante este tipo de estrés situacional el cuerpo reacciona antes a miedo que a los estímulos sexuales.

Algunos ejemplos de factores que favorecen ese tipo reacción de ansiedad o estrés situacional podrían ser:

- Sentimientos vergüenza
- Inseguridad
- Falta de confianza con la pareja
- Diversos miedos más concretos como
 - No gustar lo suficiente
 - Nos hagan algo que nos desagrade
 - El embarazo
 - Posibles contagios de ITS

Independientemente de si se es hombre o mujer el organismo reacciona ante el peligro de la misma manera; la respuesta sexual en ambos sexos depende fundamentalmente de los mismos procesos fisiológicos (en especial de una mayor afluencia sanguínea a los órganos sexuales); en este sentido, la repercusión de los posibles miedos en cuanto a su efecto sobre la sexualidad es prácticamente igual en hombres y mujeres: ausencia o dificultad para que se inicie la respuesta sexual, o sea dificultades en la fase de excitación, y en caso

de que esta llegara a producirse seguramente las dificultades se manifestarían con alteraciones en el orgasmo (o ausencia del mismo).

La manifestación estos problemas en la mujer comporta la ausencia de lubricación o escasez de la misma; en estados de mucha tensión puede llegar a producirse una contracción involuntaria de los músculos de la vagina (vaginismo), con la posible sensación dolorosa si se intenta la penetración bajo esta circunstancia. También puede ocurrir que, en condiciones de inquietud, haya dificultad o imposibilidad para llegar al orgasmo. En el hombre, lo más habitual es que no se produzca la erección, o que se pierda con facilidad; en el caso de que se mantenga, es frecuente que el nerviosismo determine una eyaculación excesivamente rápida.

Ahora bien, pueden existir diferencias en lo que hombres y mujeres interpreten como “peligroso” en la cama. Parece que en general a los hombres les preocupa más que su cuerpo no responda, por ejemplo, que la erección no sea lo suficiente mente potente como se desea. Sin embargo, a las mujeres no les suele preocupar la ausencia o escasez de lubricación, mientras que por el contrario puede angustiarse por la idea del embarazo más de lo que este asunto suele preocupar a los hombres. Es bastante más frecuente de lo que pudiera pensarse que las relaciones sexuales sean un factor causante de ansiedad y de estrés, ya que es una faceta de las personas a la que se le concede mucha importancia y en la que intervienen numerosos aspectos como por ejemplo las emociones, la salud, la moral, la autoestima, etc.

Sería importante aceptar la “normalidad” de esos miedos, concederse el derecho a tenerlos, e intentar superarlos. Sin embargo conviene tener cuidado puesto que el hecho de que sea “normal” sentirlo en algún momento, esto no implica que una persona tenga que resignarse a esa “interferencia” en su vida. Cuando una persona no logra controlar y superar esas situaciones de ansiedad sexual es conveniente que solicite ayuda para eliminar esos obstáculos a la salud sexual.

Cuadro 4

Consejos que se pueden dar a una mujer para que el estrés no interfiera en su actividad sexual

Adaptado de: <http://www.blancatorres.org/wordpress/estres-y-sexualidad.html>

- 1º.- Si el nivel de estrés es elevado lo más recomendable es que se acuda a un especialista para que te enseñe cómo controlarlo.
- 2.- Es conveniente que instituyas en tu vida un tiempo para ti, independientemente de lo ocupada que estés. Puedes marcarte un horario que te ayude a organizarte mejor. Lo ideal es que este rato te lo dediques cuando ya sepas que no vas a seguir trabajando más, para así no tener en la mente que es lo próximo que harás.
- 3.- Aprende alguna técnica control de la activación o de de relajación y practícala con cierta frecuencia, mejor bajo la supervisión de un experto.
- 4.- Disfruta de los momentos de higiene diaria cargándola de toda la sensualidad que puedas. Concéntrate en la sensación del agua en la piel durante de la ducha, el aroma y textura del jabón, regálate geles, cremas corporales, algún perfume...
- 5.- Arréglate y siéntete guapa. Está comprobado que si una mujer se ve atractiva no se gusta más, si no que aumenta su deseo y además aumenta el rendimiento de cualquier actividad que realice.
- 6.- En el caso de que los problemas se apoderen de tu mente y no dejes de pensar en ellos, programa también un tiempo para pensar y buscar las posibles soluciones.
- 7.- Es posible que aún así, sigas pensando en los problemas en tus momentos de tranquilidad. Para evitarlo deja las actividades pasivas como ver la tele e intenta escribir durante un ratito algún tipo de relato erótico o tus fantasías sexuales con todo tipo de detalle.

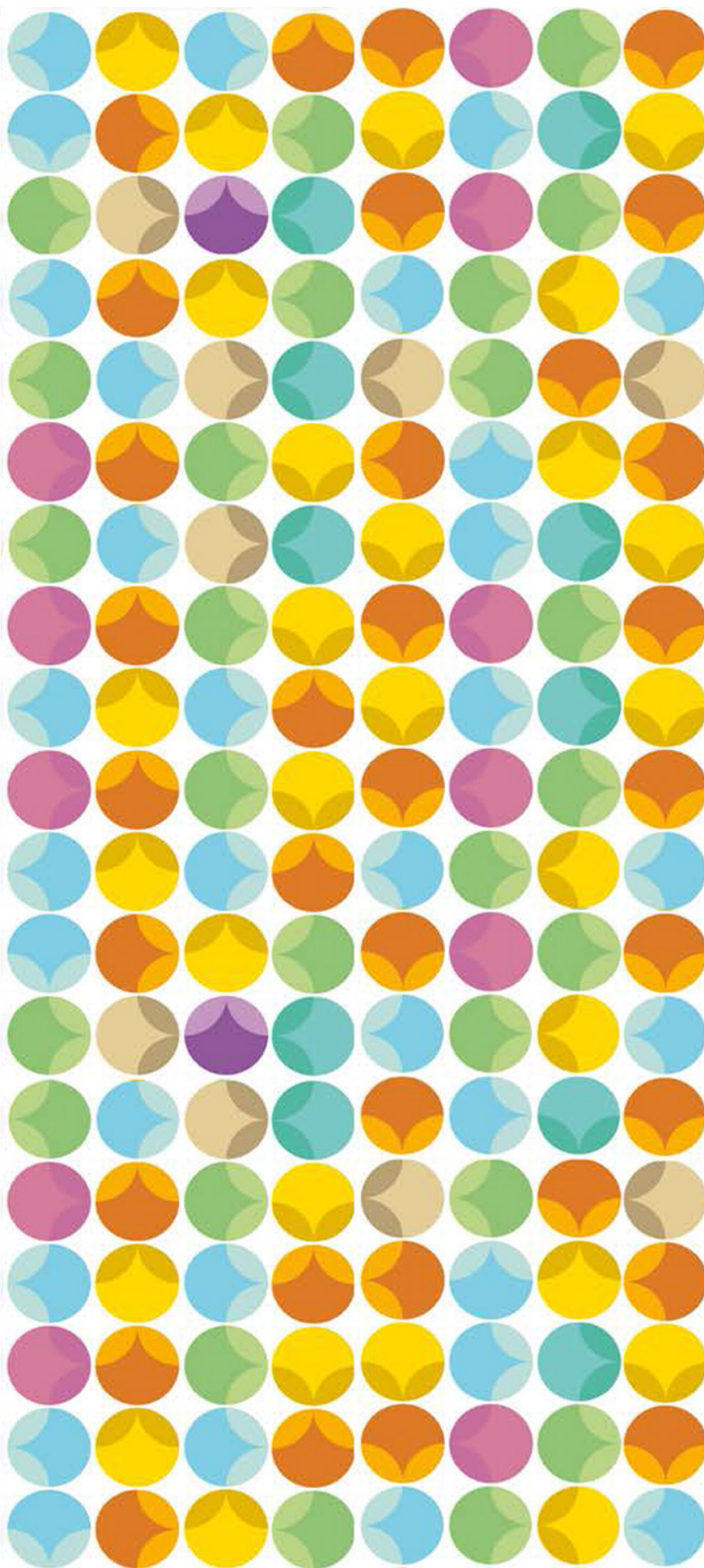
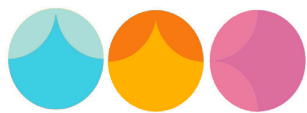
El “estrés en la cama” es igualmente común a ambos sexos, sin embargo algunos datos parecen indicar que las mujeres presentan mayor tendencia a seguir pensando en los problemas, lo cual da lugar a que tras periodos de estrés sea más probable entre ellas que se den trastornos de ansiedad. En los hombres el estrés no desembocaría tanto en problemas del estado de ánimo como en trastornos cardiovasculares.

No obstante, independientemente de que se trate de varones o de mujeres, no todos los episodios de estrés continuado son igualmente problemáticos; todo estriba en las situaciones en las que nos encontremos y sobre todo de la capacidad personal para manejar el estrés y afrontar las adversidades. Hay que tener en cuenta que muchas personas, durante las épocas de mayor activación que causa el estrés pueden sentir que se agudiza su deseo sexual e incluso su capacidad para disfrutar. Esta mayor apetencia sexual responde en gran medida a que las relaciones sexuales, que por un lado pueden generar tensiones, por otro son un excelente remedio contra el estrés, puesto que el contacto físico por sí sólo ya es una agradable fuente de bienestar, y el orgasmo uno de los mejores ansiolíticos. No es infrecuente que una persona recurra a la masturbación tras un día de actividad intensa o de nerviosismo, ya que es una forma rápida de obtener relajación y bienestar. Por ello, siempre que las preocupaciones no nos absorban y seamos capaces de restringir el estrés al ámbito que lo ocasiona, nuestra capacidad para el placer no tiene por qué verse afectada.

Sobre este asunto puede consultarse en el Taller 1 del Módulo 9 donde se trata de forma monográfica este tema de la ansiedad sexual

Programa modular
de formación en:

SALUD SEXUAL



Módulo 5

Nivelación

- 1 Psicología de la sexualidad
- 2 Conocimientos biomédicos y farmacológicos fundamentales para el estudio de la sexualidad

UNED

www.uned.es/saludsexual

Facultad Psicología

Universidad Nacional de Educación a Distancia. España