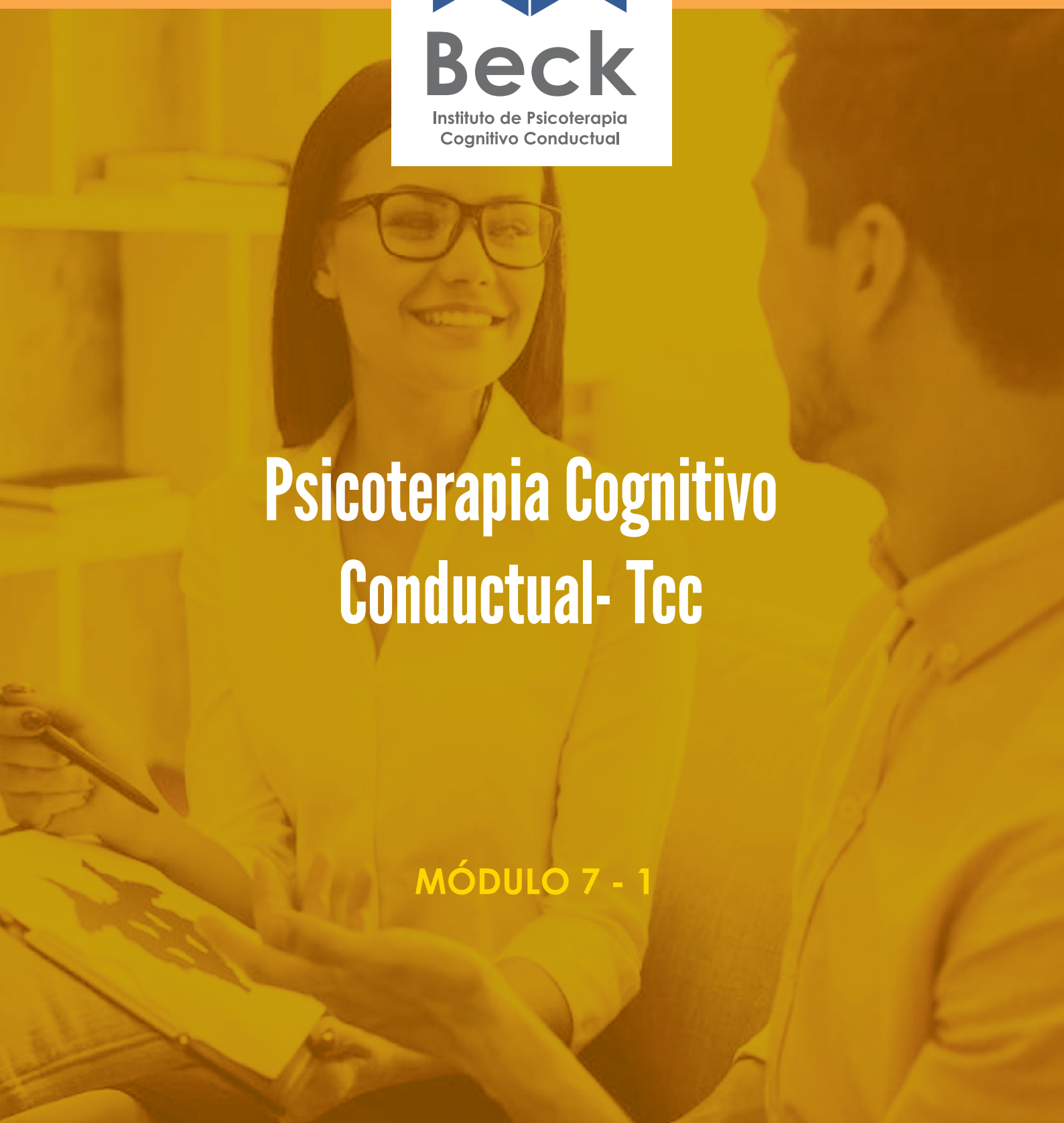
Beck

Instituto de Psicoterapia
Cognitivo Conductual



Psicoterapia Cognitivo Conductual- Tcc

MÓDULO 7 - 1

Beck
Instituto de Psicoterapia
Cognitivo Conductual

Psicoterapia Cognitivo Conductual - Tcc

MÓDULO 7 - 1

**Intervención en niños y adolescentes.
Intervenciones para algunos de los trastornos más frecuentes de la conducta en la infancia.
Revisión de casos clínicos a través de la terapia Cognitivo- Conductual en adolescentes.**

CONTENIDO

1. INTERVENCIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. INTERVENCIONES PARA ALGUNOS DE LOS TRASTORNOS MÁS FRECUENTES DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVO- CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES.

1.1. Introducción
1.2. El trastorno de conducta en la infancia
1.3. El proceso en terapia de conducta: la evaluación conductual
1.4. Técnicas operantes
1.5. Terapias y técnicas de exposición
1.6. La desensibilización sistemática y técnicas de relajación
1.7. Terapia racional emotiva conductual (trec)
1.8. Terapia cognitiva
1.9. Otras técnicas de intervención en terapia cognitivo conductual
1.10. Intervención cognitivo–conductual en un caso de depresión en una adolescente tardía

1. INTERVENCIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. INTERVENCIONES PARA ALGUNOS DE LOS TRASTORNOS MÁS FRECUENTES DE LA CONDUCTA EN LA INFANCIA. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS A TRAVÉS DE LA TERAPIA COGNITIVO – CONDUCTUAL EN ADOLESCENTES.

1.1. INTRODUCCION

La niñez se reconoce en psiquiatría como un período de vulnerabilidad y plasticidad en el desarrollo progresivo hacia la personalidad adulta.

Por ello y por su especificidad, en la mayoría de textos de psiquiatría general, los trastornos que afectan la niñez y la adolescencia se presentan por separado de los trastornos propios de la edad adulta.

Sin embargo, en muchos de los trastornos psiquiátricos de adultos pueden identificarse retrospectivamente alteraciones que se iniciaron en la infancia de modo que su abordaje requiere siempre integrar aspectos neurobiológicos, psicológicos, familiares y sociales.

A pesar de que en general la enfermedad mental infantil supone un hecho sorprendente para el adulto, actualmente los trastornos psiquiátricos infantiles se están convirtiendo en un centro de atención por su frecuencia, gravedad, por ser tratables y como posibles entidades precursoras de la psicopatología adulta.

Hasta hace unos años, se creía que los trastornos afectivos no aparecían antes de la mitad o el final de la adolescencia y actualmente se acepta que prácticamente todos los trastornos psiquiátricos del adulto pueden tener su inicio durante la niñez o la adolescencia.

Por consiguiente, surge una pregunta ¿Dónde estaban estos pacientes psiquiátricos adultos en su niñez?

A partir de esta pregunta, en este tercer informe del Observatorio FAROS se ha intentado plasmar el conocimiento existente en relación a los principales trastornos del comportamiento que se pueden observar en la infancia y la adolescencia y que tienen una especial relevancia tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Si bien no se trata de las patologías más graves en este campo, sí que son motivo de controversia en los foros científicos y académicos debido a la dificultad de precisar tanto los límites de sus manifestaciones clínicas como los abordajes terapéuticos que se consideran de elección.

Para establecer el diagnóstico, el niño o adolescente y sus padres son entrevistados acerca de su vida y los síntomas para reunir datos tanto a partir de las observaciones del clínico como de las respuestas obtenidas.

En algunas esferas tales como los sentimientos de ansiedad y depresión o los problemas conductuales encubiertos, los niños pueden ser mejores informadores, mientras que sus padres pueden aportar un punto de vista más objetivo.

Por otro lado, si los problemas son de origen agudo, la evaluación debe incluir un examen médico realizado en los últimos seis meses, para buscar las causas médicas y descubrir y tratar cualquier trastorno médico que aun no estando relacionado sea coexistente.

Las funciones de afrontamiento en las capacidades adaptativas no se relacionan de manera simple con la edad cronológica, sino que algunas pautas de conducta pueden ser normales en determinados estadios del desarrollo, pero pueden ser diagnosticadas como patológicas cuando aparecen más tarde.

Por otro lado, es cierto también, que la mayoría de estos trastornos no pueden considerarse normales a ninguna edad.

A pesar de los esfuerzos en el diagnóstico de los trastornos de inicio en la infancia, a menudo, éstos aparecen combinados, interactuando entre sí a lo largo del tiempo, cambian de presentación durante la madurez, y pueden enmascararse o amplificarse por la acción de acontecimientos que tienen lugar durante el desarrollo.

Las descripciones rígidas y cristalizadas de los trastornos no resaltan la vivacidad y energía de los niños, ni la realidad que supone crecer afrontando estos trastornos. Así pues, el mensaje principal de este informe es la dinámica subyacente.

Es decir, debemos centrarnos en la influencia y el cambio que estas entidades ejercen en las vidas de los niños y la de los adultos en los que éstos se convertirán.

En esta publicación se ofrece una visión global y una orientación del tratamiento psiquiátrico en niños y adolescentes.

Hasta hace poco tiempo, éste ha sido casi exclusivamente un arte más que una ciencia. Y en el pasado los tratamientos, algunos de ellos extrapolados de la experiencia con adultos, se han aplicado de manera muy genérica.

Con las técnicas de evaluación cada vez más rigurosas, el desarrollo de criterios diagnósticos con una base empírica más sólida y una mayor atención a la especificidad terapéutica, se está evolucionando de forma progresiva y estable hacia el ajuste de los tratamientos a los pacientes menores.

La finalidad de todos los tratamientos, es reducir los síntomas, mejorar el funcionamiento emocional y conductual, paliar los déficits en las habilidades y eliminar los obstáculos que impiden un desarrollo normal.

A diferencia del tratamiento de adultos, un niño o un adolescente viene acompañado normalmente por alguien y en cada caso hay como mínimo dos personas: uno de los padres y el niño, cuyas necesidades y expectativas pueden ser diferentes.

1.2. EL TRASTORNO DE CONDUCTA EN LA INFANCIA

A los niños de entre dos y tres años les cuesta obedecer, intentan oponerse a las normas que les imponen los padres y se ponen agresivos cuando los padres no aciertan a comprender lo que piden o no acceden a sus deseos. El adolescente también cuestiona las normas y se rebela.

Estas actitudes son normales, porque corresponden a etapas evolutivas en las que se adquiere la autonomía y la oposición aparece como vía de consolidación de la identidad.

Los padres y cuidadores tienen un papel fundamental en la regulación de la conducta del niño para que aprenda a comportarse según las exigencias propias de la edad y de los diversos lugares y personas con quienes interactúa.

Los estilos educativos en los que predomina la flexibilidad y el afecto suelen ser más efectivos que los autoritarios.

El riesgo de padecer un trastorno de conducta empieza cuando un niño o un adolescente no respeta a los demás, incumple las normas con actitud desafiante y la relación con los padres y profesores se deteriora.

El trastorno de conducta en la infancia y adolescencia se denomina también "trastorno disocial" porque el niño o adolescente que lo padece rompe normas sociales importantes y se salta los derechos de las personas, pudiendo llegar a delinquir. No se trata de gamberrismo esporádico sino de una manera de actuar persistente.

Los padres deben solicitar ayuda si observan que sus hijos son crueles con los animales, roban en lugar de pedir, mienten habitualmente, hacen novillos en la escuela o destruyen intencionadamente objetos de los demás.

Cuando un niño o un adolescente intimida a los demás, provoca peleas y agrede con frecuencia, indica que no ha aprendido a relacionarse ni a resolver los conflictos adecuadamente.

Los padres han de consultar a los profesionales de salud mental para que efectúen un detallado estudio de las capacidades y las dificultades del niño y puedan orientar a la familia.

Este trastorno provoca consecuencias que afectan la vida familiar, social y escolar del niño, por ello en el tratamiento han de intervenir diversos especialistas. Los profesionales de salud mental enseñan a los padres a establecer reglas, dar normas claras, negociar acuerdos, reducir reproches verbales y utilizar métodos disciplinarios cuando la conducta requiere un castigo.

En los casos más graves se recetan medicamentos para reducir la agresividad y la impulsividad o para mejorar los síntomas de otros trastornos que pueden coexistir con el trastorno de conducta.

Cuando el niño rechaza ir a la escuela o es expulsado frecuentemente por su conducta, el psicopedagogo ayuda a evitar el retraso escolar y mejorar la relación con los profesores y con los compañeros de clase.

El éxito del tratamiento depende de la implicación de los padres y la motivación del niño para introducir cambios en su comportamiento.

➢ **Definición**

El trastorno de conducta, también denominado trastorno disocial, se caracteriza por la persistencia y reiteración de conductas que violan las normas sociales y los derechos de las personas.

Los síntomas pueden comportar agresión a las personas y animales, destrucción o robo de bienes ajenos y violación grave de las normas familiares y sociales mediante fugas, absentismo escolar o vagabundeo antes de los 13 años.

Para reflejar estas diferencias y obtener mayor precisión el DSM-IV establece tres niveles de intensidad del trastorno (leve, moderado y grave) en función de los síntomas que sobrepasan el mínimo establecido y el daño provocado.

El diagnóstico también se clasifica en tres subtipos relacionados con la edad de inicio: el de inicio en la infancia, antes de los 10 años, el que se inicia en la adolescencia sin antecedentes previos, y el subtipo en el que se desconoce la edad de inicio.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) de la OMS, el trastorno de conducta se clasifica teniendo en cuenta el ámbito donde se manifiestan los síntomas y el nivel de socialización.

El trastorno disocial limitado al contexto familiar implica que los síntomas se producen sólo en el hogar o en las relaciones con los miembros de la familia nuclear.

Las manifestaciones más frecuentes son los robos de dinero o pertenencias de miembros de la familia, el deterioro o destrucción deliberada de objetos apreciados por personas del hogar, o la provocación de incendios deliberados en casa.

El trastorno disocial en niños no socializados implica que, además del comportamiento agresivo persistente, el niño presenta dificultades generalizadas y significativas en las relaciones interpersonales, que suelen provocar aislamiento y rechazo por parte de los demás. Las relaciones con los adultos tienden a ser hostiles y predomina el resentimiento.

En cambio, en el trastorno disocial en niños socializados, el paciente está bien integrado con sus compañeros, mantiene amistades duraderas con chicos de su misma edad, con quienes a menudo comparte sus actividades delictivas.

➢ Prevalencia del trastorno

Los datos recogidos en estudios de prevalencia muestran que las tasas del trastorno de conducta varían en función de la edad y el sexo.

En un estudio realizado en población clínica, Martínez-Arias y Rodríguez Sutil el trastorno de conducta tiene una prevalencia del 15,4% entre los 6 y 9 años y aumenta hasta el 29% entre los 10 y los 13 años. En los chicos la prevalencia es del 24,2% y en las chicas del 21%.

Frick (1998) indica que en casos no clínicos el porcentaje es menor, pero también significativo.

En la Encuesta de Salud efectuada con una muestra de 2.200 niños de 4 a 14 años, la prevalencia del trastorno de conducta es de 9% en niños y 4,1% en niñas.

Analizando estos datos en función de la edad, la prevalencia en niños de 4 años es del 5,8% y alcanza el 10,6% en el grupo de entre 10 y 14 años.

La prevalencia en las niñas oscila desde el 0,9% a los 4 años al 4,8% entre los 10 y 14 años.

A pesar de que el trastorno de conducta suele ser más prevalente en niños que en niñas, un estudio de López-Soler et al. (2009) en población clínica de 6 a 12 años, utilizando las puntuaciones del CBCL de Achenbach (1991), no observa diferencias significativas.

Siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM–IV) de la American Psychiatric Association, para diagnosticar el trastorno se requiere la existencia de tres o más de los 15 síntomas durante un período de 12 meses y, al menos uno, en los últimos seis meses (Tabla 1).

Las alteraciones del comportamiento han de provocar interferencias significativas en al ámbito académico, social y ocupacional.

Tabla 1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del Trastorno de conducta

Criterio A
Patrón repetitivo y persistente de comportamiento en el que se violan los derechos básicos de otras personas o normas sociales importantes propias de la edad, manifestándose por la presencia de tres o más de los siguientes criterios durante los últimos 12 meses y, por lo menos, de un criterio en los últimos 6 meses:
Agresión a personas o animales
1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a los demás
2. A menudo inicia peleas físicas
3. Ha utilizado un arma que puede causar daño físico grave a otras personas (por ejemplo, un bate de béisbol, un ladrillo, una botella rota, una navaja, una pistola
4. Ha mostrado crueldad física con personas
5. Ha mostrado crueldad física con animales
6. Ha robado enfrentándose a la víctima (por ejemplo atraco, arrebatar bolsos, extorsión, robo a mano armada)
7. Ha forzado a alguien a tener una relación sexual
Destrucción de la propiedad
8. Ha provocado deliberadamente un incendio con la intención de causar un daño importante
9. Ha destruido deliberadamente la propiedad ajena (diferente de provocar un incendio)
Engaño o robo
10. Ha entrado a la fuerza en una casa, edificio o automóvil ajeno
11. A menudo miente para obtener bienes o favores o para evitar obligaciones (engaña a los demás)
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima (por ejemplo, roba en tiendas, pero sin violencia)
Violaciones graves de normas
13. A menudo pasa la noche fuera de casa a pesar de las prohibiciones de sus padres, iniciando este comportamiento antes de los 13 años de edad.
14. Se ha escapado de casa por la noche por lo menos dos veces, viviendo en casa de sus padres o en un hogar sustitutivo (o sólo una vez sin regresar durante un largo periodo de tiempo)
15. A menudo hace novillos en la escuela, iniciando esta práctica antes de los 13 años de edad
Criterio B
El trastorno provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad
Criterio C
Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple los criterios de trastorno antisocial de la personalidad

Con la aplicación de estos criterios el trastorno de conducta se diferencia de otras situaciones en las que el comportamiento del niño o el adolescente presenta alteraciones propias del desarrollo, como es el oposicionismo en la infancia o la rebeldía en la adolescencia.

También queda claramente establecido que los problemas de conducta aislados y transitorios no deben ser diagnosticados como trastorno de conducta.

Debido a la diversidad de síntomas que incluye el trastorno de conducta, los pacientes diagnosticados presentan características heterogéneas.

Algunos muestran un comportamiento muy agresivo, que causa importantes daños a los demás, mientras que otros evidencian su problemática sin componente agresivo a través de mentiras, engaños, hurtos, absentismo escolar o fugas.

➢ Características del trastorno de conducta en función de la edad de inicio y el sexo

En el trastorno de conducta de inicio en la infancia en chicos, la conducta problemática aparece en la etapa preescolar y va aumentando en gravedad.

Entre los 7 y 10 años, los niños muestran conductas agresivas y tendencia a mentir; entre los 11 y 13 años aparece la crueldad física y actuaciones antisociales como robos, vagabundeo o fugas.

Frick (2006) señala que este grupo no es homogéneo y observa que hay diferencias importantes en función de la presencia de rasgos de insensibilidad emocional ("callous–unemotional"), que interfieren el desarrollo de la empatía y de los sentimientos de culpa. Sus problemas de conducta son más frecuentes y las agresiones más graves.

Los niños que no tienen estos rasgos tienen mayores factores de riesgo a nivel emocional, cognitivo y contextual. Muestran dificultad en la regulación de sus emociones y su conducta responde a reacciones impulsivas.

Los chicos adolescentes que inician el trastorno de conducta sin antecedentes previos, suelen ser menos agresivos y violentos, menos impulsivos, presentan menos déficits cognitivos y neuropsicológicos, proceden de familias menos problemáticas y muestran más recursos adaptativos, que los adolescentes de inicio infantil.

El patrón de trastorno de conducta de inicio en la adolescencia en las chicas presenta características diferentes que en los chicos.

Las chicas suelen proceder de familias problemáticas y presentan déficits cognitivos y neuropsicológicos semejantes a los adolescentes que han iniciado el trastorno en la infancia.

El pronóstico en las chicas también es peor que en los chicos con trastorno de conducta de inicio en la adolescencia. Frick propone que se distinga este patrón del trastorno en las chicas denominándolo de inicio retrasado ("delayedonset").

El trastorno de conducta se mantiene en algunos casos desde la infancia a la adolescencia y la edad adulta. Odgers et al. (2008) analizan en el estudio longitudinal de Dunedin, el origen y las consecuencias en la edad adulta de la conducta antisocial de las mujeres en comparación con las de los hombres.

En la infancia de hombres y mujeres con trastorno persistente a lo largo de la vida había factores de riesgo sociales, familiares y neuropsicológicos, que los diferenciaban de los que sólo habían presentado trastornos de conducta durante la adolescencia.

Tanto los hombres como las mujeres de este estudio con trastorno de conducta persistente, a los 32 años estaban implicados en problemas de violencia y tenían problemas de salud física y mental, y dificultades económicas.

En la tabla 2 se sintetizan los factores que predicen la continuidad del trastorno de conducta en la edad adulta.

Tabla 2. Factores que predicen la continuidad del trastorno de conducta en la edad adulta

1. Existencia de trastornos de conducta graves antes de los 11 años
2. Elevada frecuencia, intensidad y diversidad de los síntomas
3. Problemas de conducta con componente agresivo
4. Comorbilidad con el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
5. Bajo nivel intelectual
6. Antecedentes familiares de trastornos antisociales crónicos o delincuencia
7. Disfuncionalidad a nivel familiar
8. Dificultades socio-económicas

Otros estudios longitudinales sobre la continuidad de los trastornos de conducta de inicio en la infancia indican que existe un grupo de niños que sólo presentan el trastorno en la infancia.

El seguimiento de estos niños muestra que, en la edad adulta no presentan conductas antisociales, pero tienden a presentar depresión, ansiedad, aislamiento social y dependencia económica.

Etiología del trastorno de conducta

En el desarrollo y mantenimiento del trastorno de conducta intervienen factores biológicos, psicológicos y sociales que se interrelacionan.

La historia familiar es un predictor muy potente para los trastornos de conducta, ya que en ella confluye el componente genético y las influencias del ambiente de los progenitores.

Los padres con antecedentes de trastorno de conducta tienen dificultad en ejercer sus funciones parentales y el ambiente familiar suele ser caótico.

Los hijos de madres con personalidad antisocial tienen mayor probabilidad de recibir un trato hostil, ser víctimas de maltrato físico y testigos de violencia doméstica.

De todos modos, en el estudio de Dunedin el trastorno de conducta o trastorno de personalidad antisocial y consumo de sustancias en padres y abuelos se halla como antecedente en los trastornos de conducta de inicio en la infancia y que persisten en la edad adulta como conducta antisocial, pero no se halla en los trastornos de conducta de inicio en la adolescencia o limitados a la edad infantil.

En cuanto a las características individuales, los déficits neuropsicológicos, como cociente intelectual bajo, pobreza comunicativa y alteraciones en las funciones ejecutivas, propician la aparición de los trastornos de conducta en la infancia, que pueden reforzarse si la interacción con los padres es coercitiva.

El proceso de interacción coercitiva descrito por Patterson (1982), consiste en que la conducta anómala del niño es reforzada por los progenitores cuando éstos se someten o transigen.

Aunque aparentemente la conducta del niño finaliza, se incrementa la probabilidad de que se repita en el futuro.

En familias con niños agresivos las interacciones coercitivas tienen mayor probabilidad de instaurarse por el impacto que produce en los padres la reacción agresiva del hijo.

➢ Comorbilidad con otros trastornos

El trastorno de conducta suele estar asociado a otros trastornos, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno de ansiedad, el trastorno depresivo y el consumo de sustancias.

La comorbilidad condiciona de forma clara la evolución y el pronóstico del trastorno de conducta.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): El TDAH es el diagnóstico comórbido más frecuente, alcanzando porcentajes que oscilan entre el 65% y el 90%.

La educación de los niños con TDAH supone un importante reto para los padres. Cuando las pautas educativas de los padres dejan de ser coherentes y consistentes, aparecen problemas de conducta de diversa intensidad que pueden acabar en trastorno.

En los niños con trastorno de conducta y TDAH los problemas aparecen precozmente y tienen mayor gravedad que los que no presentan TDAH. En la adolescencia tienen mayor riesgo de inadaptación social e inicio del uso de sustancias.

Trastorno de ansiedad: En muestras no clínicas entre el 22% y el 33% de los niños con trastorno de conducta presentan también un trastorno de ansiedad concomitante. Este porcentaje puede alcanzar hasta el 75% en muestras clínicas.

Durante la edad escolar la comorbilidad con el trastorno de ansiedad parece que reduce la gravedad y evita la cronicidad del trastorno de conducta.

En cambio, en la adolescencia el trastorno de ansiedad agrava el trastorno de conducta y lo cronifica, porque el malestar emocional se externaliza.

En los pacientes con trastorno de conducta que presentan rasgos de insensibilidad emocional, el nivel de ansiedad es muy bajo porque no sienten malestar por su conducta.

Trastorno depresivo: En los niños diagnosticados de trastorno de conducta las tasas de depresión pueden situarse entre el 15% y el 31%.

La presencia de síntomas depresivos aporta datos sobre el nivel de adaptación. Frecuentemente los niños con trastornos de conducta tienen dificultades en las relaciones interpersonales con sus compañeros, lo cual se reduce su autoestima y puede incrementar el riesgo de tentativa autolítica si aparece ideación suicida y el nivel de control de los impulsos es bajo.

Consumo de sustancias: El uso de sustancias psicoactivas es poco frecuente en la infancia y, cuando se produce, suele ir asociado al trastorno de conducta, que es uno de los predictores de inicio precoz del uso de sustancias en el adolescente.

La baja tolerancia a la frustración, la impulsividad, la falta de recursos para resolver problemas y la ansiedad son aspectos que inducen al uso de sustancias que están fácilmente al alcance de los adolescentes, como son el tabaco, el alcohol y la marihuana.

En un estudio con 564 niños y adolescentes que presentaban graves trastornos de conducta el 27% de los chicos y el 37% de las chicas tenía problemas en el uso de sustancias junto a otros problemas emocionales.

Evaluación y diagnóstico de los trastornos de conducta

Para diagnosticar el trastorno de conducta es necesario diferenciarlo de las alteraciones transitorias del comportamiento infantil. Wolraich et al. (1996) en la versión para niños y adolescentes del Manual de Diagnóstico para Atención Primaria (DSM–PC) proponen una clasificación basada en el supuesto de que en la mayoría de conductas se puede observar una continuidad que va desde la normalidad a la patología.

Establecen tres niveles: Variaciones evolutivas, Problemas y Trastornos. Las Variaciones evolutivas son conductas que los padres o profesores detectan como anómalas, pero que no exceden por sus características e intensidad el tipo de conductas posibles en la edad y condiciones del niño.

Las conductas catalogadas como Problema son las que distorsionan el funcionamiento del niño en casa o en la escuela con sus compañeros, pero no son suficientemente graves para considerarlas un trastorno mental. Cuando las características del comportamiento cumplen los criterios establecidos por el DSM–IV se diagnostica de Trastorno.

Esta clasificación facilita la intervención de los profesionales de Atención Primaria, ya que les permite orientar directamente a las familias en las variaciones de la normalidad y efectuar interconsulta o derivación a los especialistas de salud mental en las situaciones problemáticas.

Todos los niños que presentan problemas de conducta requieren una avaluación individualizada y minuciosa, que se inicia mediante una entrevista.

El profesional debe decidir si efectúa la primera entrevista sólo con los padres o incluye también al paciente. Cuando el paciente es un adolescente conviene implicarle desde el primer momento, solicitando su opinión y explicándole cómo y para qué se efectúa la evaluación.

La entrevista conjunta permite obtener información verbal y no verbal, mientras se observa el estilo de interacción y la respuesta de cada uno ante los temas conflictivos.

Durante la entrevista, de forma más o menos estructurada, se ha de recoger amplia información sobre el motivo de consulta, los antecedentes personales, y familiares, la historia escolar y las consultas efectuadas previamente.

Tabla 3. Contenido de la entrevista clínica

Motivo de consulta:
Tipo y frecuencia de aparición de las conductas problemáticas, edad de inicio, lugares donde se producen, reacción de la familia, profesores, compañeros. Consultas y tratamientos anteriores.

Genograma familiar:
Identificar las personas que, sin ser del núcleo familiar, participan en los cuidados y educación del niño.

Antecedentes personales:
Prenatales, perinatales, alimentación, sueño, desarrollo psicomotriz, lenguaje, control de esfínteres, hábitos, enfermedades, accidentes, abuso físico y sexual (como víctima o como perpetrador).

Historia escolar:
Edad de inicio, adaptación, motivo de los cambios de escuela, rendimiento académico, necesidades especiales, relación con profesores y compañeros, problemas de disciplina (edad y frecuencia).

Historia familiar:
Psicopatología en los padres (depresión, uso de sustancias, conducta antisocial), problemas conyugales, violencia doméstica, implicación en la educación de los hijos, estilo educativo, coherencia en la disciplina.

Informes de otros profesionales:
Profesores, psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales.

Tratamiento

Debido que en el trastorno de conducta hay múltiples factores determinantes, el tratamiento tiene que combinar e integrar intervenciones, dirigidas tanto al niño como a la familia.

Los programas de entrenamiento a padres, la terapia multisistémica, el entrenamiento en la resolución de problemas, las intervenciones psicopedagógicas, los recursos comunitarios psicoeducativos y el tratamiento farmacológico, forman parte de los recursos que los profesionales utilizan para diseñar los planes terapéuticos de cada caso.

Programas de entrenamiento a padres: Están diseñados para incrementar la coherencia y consistencia del proceso de socialización de los hijos dentro del hogar.

La mayoría de programas se centran en la modificación de conducta del hijo y en el incremento de comunicación y mejora de la relación padres–hijos. Se enseña a los padres a establecer reglas, dar normas claras, negociar acuerdos y reducir o eliminar las reprimendas verbales.

Los padres también aprenden a utilizar el refuerzo positivo para incrementar las conductas más adaptadas y actitudes pro–sociales.

El niño descubre que sus padres ya no ven en él sólo lo negativo y este cambio de actitud facilita la reducción del patrón de interacción coercitiva.

También se enseña a los padres cómo aplicar métodos disciplinarios eficaces cuando la conducta requiere un castigo. Para que los cambios que se van produciendo en casa, se generalicen a otros ámbitos, el niño ha de incorporar las nuevas formas de actuar y para ello necesita contar con el apoyo y confianza de los padres.

En los programas para los padres también se trabaja la comprensión de las propias emociones y las de los demás, con el objetivo de desarrollar una actitud más empática y evitar los posicionamientos rígidos que generan enfrentamientos. Para conseguir los resultados deseados los padres han aplicar con perseverancia lo aprendido, superando la frustración de no obtener cambios de inmediato.

Terapia multisistémica: Es una de las pocas intervenciones que ha demostrado su eficacia para escolares y adolescentes con graves trastornos de conducta. Se inicia con un detallado estudio del niño y la familia para comprender el contexto sistémico de los problemas de conducta, y luego se diseña la intervención en función de las necesidades de cada grupo familiar.

La intervención integra recursos psicoterapéuticos, como la terapia familiar, individual o de pareja, con otros comunitarios, como son la atención desde la escuela, el apoyo para la cooperación padres–escuela, el acompañamiento en la integración en grupos de actividades extraescolares, o la intervención con los compañeros de estas actividades.

La eficacia de este procedimiento terapéutico se basa en la delimitación clara de las necesidades y la actuación integrada de los profesionales.

El entrenamiento en resolución de problemas: Se les enseña a delimitar el problema, definirlo, identificar soluciones alternativas, anticipar las consecuencias para cada alternativa y seleccionar el comportamiento más adecuado.

Este proceso de reflexión contribuye a reducir la actuación impulsiva en los momentos en que aparecen conflictos.

Intervenciones psicopedagógicas: El retraso en el aprendizaje, ya sea por falta de capacidad intelectual, por dificultades específicas o por las interferencias directamente relacionadas con el trastorno de conducta, requiere atención psicopedagógica individualizada. Se trata de evitar que el retraso académico incremente las dificultades de integración grupal ya existentes por la falta de habilidades sociales.

Recursos comunitarios psicoeducativos: Cuando el trastorno y la falta de implicación de la familia dificultan la asistencia del niño a la escuela y/o el cumplimento del programa terapéutico desde los centros de salud mental, hay que recurrir a las intervenciones psicoeducativas desde la comunidad.

Suelen ser programas promovidos por los servicios sociales de los ayuntamientos y entidades juveniles, en los que los educadores estimulan la conducta prosocial en grupo, mediante actividades ocupacionales o lúdicas.

Se fomenta el autocontrol, las habilidades de comunicación, la empatía, la capacidad de compromiso y la cooperación.

El tratamiento farmacológico: Tiene el objetivo de reducir la agresividad y la impulsividad de los casos más graves, y los síntomas de los trastornos comórbidos. El tratamiento farmacológico que reduce los síntomas del TDAH también suele reducir la tasa y gravedad de los trastornos de conducta.

➢ Prevención

Los mejores resultados en la prevención del trastorno de conducta se obtienen cuando la población diana del programa de prevención son preescolares procedentes de familias muy desfavorecidas, el programa contiene diversos aspectos y se aplica de forma intensiva.

En un meta análisis de 45 estudios de seguimiento de programas de prevención de síntomas del trastorno oposicionista desafiante y del trastorno de conducta, efectuados a partir de 1980, Grove et al concluyen que globalmente los programas evaluados tienen un efecto positivo y persistente años después de la intervención preventiva.

No obstante, alertan de la dificultad que supone prevenir trastornos en los que intervienen variables de tipo biológico, psicológico y social. Los autores sugieren diferenciar el modo de prevenir cada uno de estos aspectos, creando programas de prevención multidimensionales.

1.3. EL PROCESO EN TERAPIA DE CONDUCTA: LA EVALUACIÓN CONDUCTUAL

El enfoque de tratamiento en la TCC de la disfunción clínica no se asienta sobre un único modelo de conducta normal y anormal. La evaluación conductual proporciona un entramado teórico practico para la formulación clínica de los casos mediante el proceso de análisis funcional.

El tratamiento basado en principios conductuales (pequeño Albert) tiene una historia más dilatada que el uso de estrategias de evaluación conductual bien definidas (primer uso formal en el ámbito organizacional, años 60). La evaluación tradicional en el contexto clínico se ocupó de aspectos abstractos y fenómenos no observables (paradigma psicodinámico).

Tal y como se concibió en sus inicios, la evaluación conductual incidía en la conducta manifiesta, y aunque reconocía la existencia de variables encubiertas, no se consideraban relevantes para el comportamiento y no se evaluaban. Resultó en un enfoque ideográfico de la primera etapa de la terapia cognitivo–conductual.

En la década de los 70 la evaluación conductual tuvo una orientación más amplia, pasando de los casos individuales a la evaluación en contextos más amplios.

El énfasis en un proceder multimodal forzó la incorporación la incorporación de instrumentos de medida indirecta como los auto–informes. También aparecieron las primeras publicaciones de gran relevancia.

En los 90 se incorporó los enfoques contextuales del conductismo radical. También se redujeron las publicaciones de evaluación conductual.

La evaluación conductual (EC) ha cambiado así desde la sustentación en las teorías del aprendizaje y la marcada oposición a los sistemas de evaluación y clasificación imperantes en los años 50, hasta la incorporación progresiva de eventos internos y variables personales u organísmicas.

La psiquiatría empezó también muy pronto a desarrollar estrategias de evaluación similares a la evaluación conductual. El llamado Registro Orientado a los Problemas fue introducido en muchos contextos de atención psiquiátrica para mejorar el diagnostico.

Como ejemplo de cambios producidos en la evaluación conductual, actualmente se acepta el juicio clínico en el contexto de la entrevista conductual, la consideración de las clasificaciones diagnósticas como instrumentos útiles, o los reconocimientos de que la confianza excesiva en la observación conductual puede ser inapropiada en determinados contextos (descenso de su uso).

Definición de evaluación conductual

La consideración más importante de la evaluación conductual es como una epistemología de la ciencia conductual. La evaluación conductual no es un conjunto de instrumentos, sino un paradigma de evaluación psicológica (influye en el foco, contexto, individuos, forma y herramientas de evaluación, así como en la integración de datos, elaboración de juicios clínicos y decisiones).

Se puede definir la evaluación conductual como un enfoque científico de evaluación psicológica que enfatiza el uso de medidas mínimamente inferenciales o interpretativas, la utilización de medidas sujetas a un proceso previo de validación, la identificación de relaciones funcionales, y el establecimientote conclusiones a partir de los datos obtenidos en distintas situaciones.

Los tres principales elementos de interés en la evaluación conductual son: a) la medida del cambio, b) la identificación y medida de las relaciones funcionales, y c) la medida de estos dos aspectos en individuos y grupos concretos.

A medida que se introdujeron las variables cognitivas, la observación conductual se ha relegado a favor de entrevistas, auto-observaciones, cuestionarios, evaluación psicofisiológica, etc.

El foco de la evaluación conductual se ha ampliado para dar cabida a las llamadas conductas encubiertas (pensamientos, creencias, expectativas, emociones), siendo el uso del auto-informe la principal estrategia de evaluación.

Pero con el uso de auto-informes no se infiere estructuras internas responsables del comportamiento, sino que se usa como muestras de conductas e informes de ocurrencia de determinados aspectos comportamentales (no se hacen hipótesis sobre constructos subyacentes).

Estrategias de evaluación conductual

La evaluación conductual usa múltiples fuentes de información e instrumentos de evaluación (entrevistas, auto-registros, cuestionarios, etc...).

Entrevistas conductuales

La entrevista conductual tiene como objetivo desde la identificación de las conductas objetivo, a la selección de los métodos de evaluación más adecuados. Debe cubrir los siguientes objetivos: 1) Explicación al cliente del objetivo de la entrevista, 2) identificar conductas problemas y definirlas, 3) identificar los parámetros de la conducta problema, 4) identificar los antecedentes de la ocurrencia, 5) identificar consecuencias de la conducta problema, 6) identificar recursos y fortalezas del paciente, 7) establecer la medida de las conductas relevantes, y 8 al finalizar, resumir y valorar si el entrevistado ha entendido todo y está de acuerdo. Al finalizar la entrevista se le debe proveer al paciente de una conceptualización inicial del problema, estrategias de intervención (con su eficacia) y estimación de la duración de la intervención.

Observación conductual

Generalmente la entrevista conductual se complementa con algún tipo de observación (se decide en la entrevista). La observación puede realizar por evaluadores entrenados, personas del entorno o por el propio paciente (auto–observación).

La observación en entorno natural es más aconsejable con conductas de alta frecuencia (niño hiperactivo).

En conductas de baja frecuencia no resulta tan adecuada (agresiones, encender fuego). En este último caso es aconsejable los contextos controlados creados ad–hoc, pero se reduce la validez ecológica.

También se puede reducir la validez ecológica en entornos naturales si se introducen personas extrañas. Las estrategias de observación más frecuentes son los registros narrativos, el registro por intervalos, el registro de sucesos y los registros de evaluación auto o hetero–informados.

Evaluación cognitiva conductual

En las áreas de evaluación cognitivas se encuentran las auto–verbalizaciones asociadas a distorsiones cognitiva, actitudes, supuestos básicos, respuestas emocionales, estilos atribucionales, etc.

Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación de contenidos cognitivos son los auto–registros y los inventarios cognitivos auto–informados.

Evaluación psicofisiológica

La evaluación del componente psicofisiológico tiene un papel central en los siguientes ámbitos: 1) el proceso de evaluación y tratamiento de los trastornos psicofisológicos, 2) en la evaluación y tratamiento de psicopatologías frecuentes que cursan con síntomas somáticos (estrés post–traumático, angustia, ansiedad), y 3) en la identificación de sujetos vulnerables a determinados trastornos, o en individuos simuladores.

No está muy implantada, y se suele hacer con pseudoevaluaciones por auto–informe. Pretender sustituir la evaluación psicofisiológica por la evaluación subjetiva, como si fueran intercambiables, supone un desconocimiento del fenómeno de fraccionamiento entre los niveles de respuesta e inadecuación de los datos subjetivos.

Aplicabilidad diferencial de los métodos de la evaluación conductual

Personas diferentes, diferentes contextos o culturas y diferentes objetivos y problemas requieren diferentes métodos de evaluación. La aplicabilidad y utilidad de los distintos métodos de evaluación individual está afectada por las siguientes variables:

- Nivel de desarrollo intelectual del cliente
- Grado de afectación del funcionamiento cognitivo
- Reactividad al método de evaluación
- Posibilidad de cooperación de las personas del entorno
- Coste de los métodos de evaluación
- Restricciones y contingencias del propio evaluador

El análisis funcional en la evaluación conductual

El análisis funcional (Skinner) proporciona un modelo de formulación de casos clínicos que puede definirse como una síntesis de los problemas del paciente y de las variables que correlacionan con el problema. El proceso del análisis funcional tiene implicaciones sobre cualquier elemento de la evolución conductual.

El término funcional puedes usarse para referirse al efecto que una conducta tiene sobre el medio, o puede referirse a la relación de contingencia que se establece entre dos variables.

El análisis funcional consiste en llevar a cabo un análisis individualizado de las conductas específicas del paciente, en el que se establezcan las variables que determinan la conducta problema y que se pueden controlar para el cambio.

La evaluación funcional se refiere al proceso de recogida de información para la formulación de hipótesis, y el término análisis funcional al proceso de contrastación de hipótesis. La evaluación funcional se divide en tres fases: a) fase descriptiva: identificación de datos sobre variables relevantes, b) fase interpretativa: formulación de hipótesis, y c) fase de verificación: se ponen a prueba las hipótesis. La última se considera como análisis funcional (manipulación sistemática de factores causales).

Distinguir entre evaluación funcional y análisis funcional no añade claridad al proceso (se puede prescindir de la distinción). Lo más genuino del proceso es la conceptualización de los datos descriptivos en términos funcionales.

La fase de formulación de hipótesis y de verificación compondrían el análisis funcional, mientras que la etapa de descripción o identificación de datos sería una fase inicial del proceso, que es la evaluación conductual.

Las hipótesis funcionales deben cumplir tres criterios: a) estar basadas en información recogida previamente, b) especificar variables que sean medibles, constratables y manipulables, y c) que el paciente esté de acuerdo en que el modelo es verosímil. La verificación del modelo se puede realizar previamente a la intervención o a lo largo de la intervención. El éxito del tratamiento es un índice del grado de adecuación de las hipótesis.

Procedimiento del análisis factorial

El análisis funcional puede clasificarse en función del tipo de estrategia de obtención de datos:

Análisis funciona indirecto: método que no se basa en la observación directa de la conducta por el evaluador. Se realiza con cuestionarios, entrevistas.

Análisis funcional descriptivo: El enfoque descriptivo implica la observación y manipulación directa de la conducta por parte del evaluador en el medio natural.

1.4. TÉCNICAS OPERANTES

El condicionamiento operante es uno de los pilares básicos de la Terapia de Conducta desde la primera generación de la Terapia de Conducta. Estas técnicas son altamente eficaces.

Fundamentos teóricos

Las conductas son conceptualizadas como operantes en la medida en que operan (influyen) sobre el ambiente, y se fortalecen o debilitan en función de las consecuencias que les siguen. Se consideran antecedentes aquellas situaciones en las que ocurre una conducta particular.

Las consecuencias son el impacto que tiene la conducta sobre las relaciones sociales. Contingencia es el término que se utiliza para describir las relaciones probabilísticas entre la conducta, sus antecedentes y sus consecuencias.

Se dice que se está produciendo un control de estímulos cuando las consecuencias que siguen a la conducta sólo se dan en presencia de unos estímulos antecedentes y no de otros.

Principios básicos del condicionamiento operante:

Reforzamiento: Presentación de un estímulo positivo o retirada de un estímulo negativo, después de una respuesta, que a consecuencias de ello incrementa su frecuencia o probabilidad.

Castigo: Presentación de un estímulo negativo o retirada de uno positivo después de haber sido emitida una respuesta que a consecuencias de ello reduce su frecuencia o probabilidad.

Extinción: Dejar de reforzar una conducta previamente reforzada, a consecuencia de lo cual disminuye su frecuencia o probabilidad.

Control de estímulos: Reforzamiento de una conducta en presencia de un estímulo, pero no en presencia de otros. En el primer caso se incrementa la respuesta, en el segundo decrece.

Técnicas operantes para el incremento y mantenimiento de conductas
Es necesario diferencias entre refuerzo, reforzamiento y reforzador:

El refuerzo es el proceso de aprendizaje (aumento de probabilidad de conductas). Se considera un proceso único porque en todos los casos aumenta la probabilidad de la conducta.

El reforzamiento es el procedimiento mediante el cual las consecuencias producen el aprendizaje (positivo o negativo)

El reforzador es el estímulo concreto (para el ref. positivo o el negativo)

Reforzamiento positivo

Los reforzadores positivos no son sinónimo de recompensa o premio. La diferencia es que en el reforzamiento la conducta que lo precede se incrementa, mientas que en el premio no se hace más probable que se repita nuevamente la conducta. Sólo se puede hablar de reforzador si se incrementa la conducta (sólo se puede comprobar de modo empírico). En ocasiones, un estímulo agradable puede ser un reforzador o un castigo en función de la persona que lo suministre.

Tipos de reforzadores positivos

Se agrupan en distintas categorías en función de su origen, naturaleza, tangibles e intangibles, contexto de aplicación, valencia apetitiva o aversiva, etc.

Reforzadores primarios o incondicionados. Su valor reforzante suele estar asociado a necesidades básicas del ser humano (comida, bebida). El valor reforzante varía según las necesidades del individuo.

Reforzadores secundarios o condicionados. No están asociados a necesidades básicas primarias y sufren un proceso de condicionamiento (inicialmente neutros). A los reforzadores condicionados que están asociados con varios reforzadores se les denomina reforzadores condicionados generalizados (dinero y elogio como ejemplo, están asociados a comida, sonrisa, etc..).

Reforzadores tangibles. Objetos materiales que pueden ser tanto reforzadores primarios como secundarios (comida, juguetes, ropa,).

Reforzadores sociales. Son las muestras de atención, valoración, aprobación, reconocimiento, etc, que recibe una persona por parte de otras como consecuencias de la realización de una conducta (de los más poderosos). Cuatro ventajas de la aplicación del refuerzo social: 1) son fáciles de administrar, 2) no tienen coste económico, 3) administración inmediata, 4) son refuerzos naturales.

Actividades reforzantes. Cualquiera de las actividades placenteras que realiza una persona puede utilizarse como reforzador para incrementar la ocurrencia de una conducta (ir al cine). Se da el caso en el que actividades no especialmente gratificantes, pero que se llevan a cabo habitualmente o con frecuencia, pueden utilizarse como reforzadores de conductas que tienen una probabilidad menor y se desea incrementar (Principio de Premack).

Reforzamiento negativo

El reforzamiento negativo hace referencia al aumento de la probabilidad de que se repita una conducta al retirar un estímulo aversivo después de que se ha realizado la conducta. El reforzador negativo se define también por su capacidad de incrementar la conducta a la que es contingente.

Programas de reforzamiento

Dos tipos:

Reforzamiento continuo implica presentar un reforzador siempre que se realice la conducta objetivo. Útil para respuestas débiles o para instaurar una nueva conducta.

Reforzamiento intermitente supone administrar el reforzador de manera contingente a la conducta, pero no en todas las ocasiones. Dos tipos; programas de razón, y programas de intervalo.

Programas de razón. En los programas de razón fija el reforzador se obtiene de forma contingente a la realización de la conducta el número de veces previamente estipulado (RF3, RF5, RF30). En los programas de razón variable el número cambia de un reforzador a otro (RV5 promedio de 5 veces).

Programas de intervalo. Reforzamiento cada cierto intervalo temporal (fijos y variables).

Los programas de reforzamiento intermitente pueden combinarse entre si. Los programas de reforzamiento de tasas altas se utilizan cuando se desea obtener un número alto de respuestas en un intervalo corto de tiempo. Los programas de reforzamiento de tasas bajas se utilizan cuando el objetivo es que se emita un número pequeño de respuestas en un intervalo largo de tiempo. Combinar distintos programas de reforzamiento es adecuado cuando incrementar determinadas conductas puede implicar reducir otras.

Cuando el objetivo es desarrollar inicialmente una respuesta, es preferible utilizar reforzamiento continuo. Una vez ha llegado a los niveles deseados y se quieren mantener, son más apropiados los reforzamientos intermitentes. En la fase de retirada de reforzadores, los programas de reforzamiento intermitente son más resistentes a la extinción que los continuos.

➢ Técnicas operantes para la adquisición de conductas

Para instaurar nuevas conductas se utilizan tres técnicas: moldeamiento, encadenamiento e instigación/atenuación. En todas se parte de algún componente de la conducta final, y que se encuentra en el repertorio habitual de la persona.

Moldeamiento

El moldeamiento se refiere al reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia una conducta meta. Gradualmente se va alcanzando la conducta meta. Se dejan de reforzar las conductas que no se parecen a la meta.

El moldeamieno se puede llevar a cabo reforzando diferentes aspectos de la conducta final: a) Topografía como puede ser la configuración espacial, forma, etc.. (coger una cuchara), b) Cantidad (frecuencia y duración de la conducta), c) Latencia entre estímulos y respuesta, d) Intensidad, fuerza física para llevar a cabo una conducta.

Para que la técnica de moldeamiento sea efectiva es necesario: 1) definir de forma objetiva la conducta meta, 2) evaluar el nivel de ejecución real, 3) seleccionar conducta inicial como punto de partida, 4) seleccionar los reforzadores, 5) reforzar diferencialmente las aproximaciones sucesivas.

Encadenamiento

La mayoría de las conductas están compuestas por una secuencia de varias respuestas que siguen un orden y forman una cadena. Tres tipos de encadenamiento:

Presentación de la cadena total. Se entrena a la persona en cada uno de los pasos que ha de realizar desde el primero hasta el último. En cada ensayo se entrena todos los pasos de la secuencia.

Encadenamiento hacia delante. Se enseña el paso inicial de la cadena; cuando se realiza correctamente se enlaza con el paso 2, el paso 2 con el 3, cada nuevo paso se realiza todos los anteriores.

Encadenamiento hacia atrás. El entrenamiento se realiza comenzando por la conducta meta y se van añadiendo las conductas que la preceden.

El proceso de encadenamiento cada una de las respuestas intermedias que componen la cadena se mantiene porque actúa como estímulo discriminativo (ED) del siguiente eslabón al que preceden. Un ED no sólo señala el reforzamiento, sino que se transforma también en reforzamiento. Las conductas intermedias adquieren valor de reforzamiento condicionado.

Diferencias entre moldeamiento y encadenamiento

	Moldeamiento	Encadenamiento
Conducta final	Nueva conducta en alguna dimensión física (duración, frecuencia,...) Las conductas intermedias que permitieron la conducta final no son consideradas	Nueva secuencia de respuesta con un estímulos claro que señala el final de cada respuesta La conducta final consiste en todos los pasos del encadenamiento (varios eslabones necesarios)
Procedimientos generales de entrenamiento	No se requiere de un ambiente estructurado para emitir una gama de comportamientos. Se lleva a cabo hacia delante desde el punto de vista del orden natural de la conducta.	El enlace de la cadena de conductas suele requerir un ambiente estructurado o semiestructurado Se puede llevar a cabo hacia delante o hacia atrás
Otras consideraciones de procedimiento	Puede implicas algunos instigadores verbales y/o físicos en los pasos sucesivos, pero son mínimos Implica la aplicación sucesiva del reforzamiento y la extinción.	Con frecuencia se utilizan instigadores verbales, físicos y quizá moldeamiento. Implica menos ensayos de extinción que el moldeamiento.

En el entrenamiento en encadenamiento se puede incluir como parte del mismo el moldeamiento. El aprendizaje de conductas que forman parte de una secuencia de conductas se puede adquirir mediante moldeamiento, mientras que el enlace de todas las conductas que forma la secuencia se realizaría por encadenamiento.

1.5. TERAPIAS Y TÉCNICAS DE EXPOSICIÓN

Las intervenciones basadas en la exposición son consideradas un ingrediente esencial de todas las intervenciones psicológicas eficaces en los trastornos de ansiedad, y son los tratamientos mejor estudiados (de los más efectivos).

El origen de las técnicas de exposición se encuentra en la primera generación de la TC, y está relacionado con la desensibilización sistemática (Wolpe, años 50 y 60). La confrontación directa con el estímulo temido o señales de éste es tan eficaz como la desensibilización unida a la relajación.

Fundamentos teóricos

La evidencia empírica ha mostrado que la exposición sistemática y continuada al estimulo temido, permite reducir la respuesta de miedo o ansiedad. Las técnicas de exposición suelen constituir el elemento terapéutico nuclear de los programas de tratamiento para los desordenes de ansiedad.

Están indicadas para: 1) personas que padecen ansiedad (incluso sin cumplir los criterios diagnósticos de tr. de ansiedad), y 2) personas que mantienen una conducta de evitación o escape con consecuencias negativas en su vida.

No existe un único modelo teórico que explique los procesos mediadores del cambio durante la exposición. Los resultados no pueden ser explicados sin recurrir a mecanismos cognitivos y emocionales.

Primeras teorías conductuales

La teoría bifactorial de Mowrer establece que los miedos son adquiridos por condicionamiento clásico y se mantienen por condicionamiento operante debido al efecto reforzante que se produce al reducirse el miedo durante la respuesta de escape o evitación del estímulo temido (se mantiene por reforzamiento negativo).

La exposición directa reduciría la evitación, dando lugar a la extinción del miedo. La principal crítica se debe a la falta de sincronía entre los tres componentes del miedo (subjetivo fisiológico y conductual) que se da con frecuencia y debilita la relación causal propuesta por la teoría entre miedo y evitación.

Los primeros terapeutas conductuales (Wolpe, Lazarus) propusieron la inhibición reciproca como mecanismo responsable del proceso de desensibilización al miedo.

La inhibición reciproca supone que la exposición al estímulo evocador de la ansiedad, manteniendo una respuesta incompatible con la respuesta de ansiedad (relajación), llevaría a la disminución del miedo aprendido. Diversos estudios han mostrado que no es necesaria la respuesta incompatible.

Habituación

La habituación supone la familiarización con el estímulo fóbico (cada vez se responde menos al estímulo). En los trastornos de ansiedad, la habituación se concibe en términos psicofisiológicos (disminución de la reactividad autonómica) y subjetivos (respuesta subjetiva de ansiedad). Explica los efectos a corto plazo y la intensidad de las respuestas psicofisiológicas.

Para que pueda darse habituación debe cumplirse lo siguiente (no observado en el patrón de cambio):

La exposición prolongada llevaría a decrementos en el miedo a lo largo del tiempo. No todos los sujetos lo experimentan.

El proceso de habituación daría lugar a que, después de un tiempo, se reinstalara la respuesta de miedo. Sin embargo el porcentaje de recaídas es menor de lo esperado.

La habituación implica que la deshabituación por la reaparición del estimulo temido es transitoria y que la habituación se reinstalará rápidamente volviendo a la presentación repetida del estímulo temido. Los datos no apoyan este hecho, incluso se da un mayor miedo.

Aunque el papel del aprendizaje sobre el proceso de habituación es muy limitado, el término habituación goza de mucha popularidad (no merecida). La habituación es un mecanismo de respuesta específico de la conducta, que difiere del proceso de reducción del miedo, por tanto, su uso (incluso coloquial) para referirse a la reducción del miedo no sólo es inapropiado, sino que también se torna confuso.

Extinción

La reducción del miedo puede explicarse a través del principio de extinción del aprendizaje, que implica el debilitamiento de una respuesta por eliminación de los refuerzos que la mantienen (EC sin EI). Asumir extinción pavloviana supone asumir que los miedos son adquiridos clásicamente (cuestionable).

La evidencia de la teoría del aprendizaje (Rescorla) establece que el proceso de extinción conductual no conlleva la reversión del aprendizaje de las asociaciones aprendidas (perro–peligro), sino que promueve un nuevo aprendizaje atribuyendo un nuevo significado al EC (perro–seguridad relativa) que compite con el aprendizaje anterior. Se denomina aprendizaje de seguridad. El contexto es importante, ya que la extinción del miedo es muy dependiente del contexto (no ocurre igual en la adquisición del miedo, que se generaliza fácilmente a otros contextos).

Mecanismos de extinción del aprendizaje

La nueva teoría del aprendizaje apuesta por el proceso de extinción conductual a la hora de explicar la reducción del miedo. Los cambios producidos por las técnicas de exposición tienen que ver con la extinción del aprendizaje, tanto a un nivel cognitivo (no se asocia con consecuencias amenazantes), como emocional (el objeto temido no activa el circuito del miedo en el cerebro).

Procesamiento emocional

La teoría del procesamiento emocional de Foa y Kozak es la más relevante para explicar la codificación de la información emocional durante la exposición. Está basada en los postulados de Rachman y la teoría bioinformacional de Lang en la que el miedo se representa como una estructura de recuerdos en red que contiene información de tres tipos: 1) información sobre el estímulo temido, la situación o el objeto, 2) información sobre las respuestas que evoca el miedo (verbales, fisiológicas, autonómicas y conductuales), y 3) información del significado del estímulo y las respuestas de miedo que evoca. La exposición proporciona una información inconsistente con la almacenada previamente en la memoria emocional. El cambio de la memoria emocional requerirá: 1) la activación de la memoria del miedo, 2) la codificación de la nueva información en la red de información del miedo preexistente. Los sujetos aprenden a corto plazo una nueva información interoceptiva incompatible con la anterior (reducción de la act. fisiológica) y a largo plazo codificar en la red preexistente nueva información sobre el significado del estímulo y las consecuencias esperadas (no tiene o no son tan temibles). El cambio en la valencia del estímulo se produce durante la exposición a través del contacto con información incompatible con la incluida en la red de miedo original. El nuevo procesamiento puede verse afectado por variables como la distracción o una activación demasiado intensa. La exposición es más eficaz si los pacientes están más atentos a la experiencia emocional y fisiológica que produce la situación. Es frecuente que los pacientes recurran a conductas de seguridad para afrontar las situaciones, algo que debe ser evitado para aumentar la efectividad de la exposición.

Cambios cognitivos: El papel de las expectativas sobre el proceso de extinción

Factores como la auto–eficacia percibida, las expectativas de resultados, la predictibilidad de la exposición, el control percibido, etc. se han identificado como variables relevantes del proceso de eficacia. La nueva teoría del aprendizaje subraya el papel central de la desconfirmación de expectativas en el proceso de extinción del aprendizaje.

Barlow considera que el objetivo de la exposición es suministrar al individuo tendencias de acción contrarias a las que facilitan los estados emocionales desregulados, desconformando las expectativas de peligro y sus consecuencias.

➢ Tipos de exposición

Exposición en vivo

Es ampliamente conocido que la exposición en vivo produce mejores resultados que la exposición en imaginación o que la DS, siendo más breve ya que no requiere el aprendizaje de una respuesta incompatible con la ansiedad. Es el procedimiento más eficaz y efectivo en las fobias específicas. En algunas fobias (animales, sangre, volar, tratamiento dental) una sola sesión de dos a tres horas da lugar a una mejoría significativa.

La exposición en vivo consiste en tomar contacto directo con la situación o estímulo temido, bien de forma gradual, o bien entrando en contacto directo con situaciones productores de alta ansiedad (inundación).

La indicación básica es mantenerse en contacto con el estímulo temido hasta que la ansiedad se reduzca a la mitad o bien hasta alcanza un nivel 2 en la escala subjetiva de ansiedad (0..8). La duración es de una hora o mas, tiempo que tiene que ver con el hecho de permitir una exposición prolongada más que con dar tiempo a la reducción de ansiedad. Incluso aunque se produzca un ataque de pánico debe mantenerse en la situación generadora de ansiedad, pudiendo utilizarse estrategias de relajación o incluso distracción.

La exposición simulada utiliza ensayos conductuales con varias personas (ansiedad social). Es considerara una exposición en vivo controlada.

Exposición simbólica

Hace referencia a la toma de contacto con el estímulo no de forma real sino a través de representaciones mentales, visuales, auditivas o mediante programas informáticos (imaginación)En la exposición en imaginación no se utiliza un medio de supresión de la respuesta de activación fisiológica (como la relajación) durante la exposición (típico de la DS).

Es útil cuando la exposición en vivo no puede utilizarse (fobia a volar, enfermedad, miedo a perder un hijo, estrés postraumático, fobia a las tormentas), típicamente tiene que ver con un hecho del pasado.

Suele ser útil comenzar el proceso de reducción del miedo con procedimientos que permitan al paciente ir incrementado su auto–eficacia en relación con el manejo del objeto temido, para pasar posteriormente a la exposición en vivo.

Las técnicas de exposición en imaginación son útiles en la reducción de la respuesta subjetiva de ansiedad, pero sus efectos sobre la conducta de evitación y escape son menos evidentes, y no hay resultados concluyentes sobre que favorezcan la conducta de acercamiento al estímulo temido.

Estos procedimientos (imaginación y DS) inducen cambios consistentes (6meses– 3.5 años), pero el alcance no es lo suficientemente amplio como para considerarlos esenciales y mucho menos suficientes en el tratamiento de las fobias específicas.

El material visual es una ayuda y una alternativa a la imaginación.

La exposición en imaginación se usa frecuentemente en TEPT cuando no es posible volver al lugar del trauma. La escena del trauma se reproduce siguiente el modelo bioinformacional de Lang: a) proposiciones estímulo (detalles del contexto), b) proposiciones de respuesta (sensaciones fisiológicas), y c) proposiciones de significado (valoración de la situación).

Exposición a través de realidad virtual

La realidad virtual puede considerarse igual de efectivo que la exposición en vivo en el caso de fobias como el miedo a volar y a las alturas, siendo más eficaz que la DS en estos trastornos.

Exposición en grupo
La exposición en grupo se refiere a la planificación de las sesiones de exposición en un contexto grupal, manteniendo la ejecución de la propia exposición de forma individual. Permite optimizar el tiempo y es de destacar los efectos motivacionales de las intervenciones en grupo. El sistema de exposición en grupo es especialmente útil cuando el paciente carece de apoyo social y/o mantiene relaciones conflictivas con sus allegados (en la ansiedad social puede ser contraproducente, es necesario evaluar cada caso).

Factores moduladores de los resultados de la exposición
Exposición indirecta: utilización del modelado

El aprendizaje observacional no parece por sí sólo un elemento suficiente para producir cambios clínicos en la mayor parte de los sujetos.

Gradiente de exposición

Comenzar la exposición por la presentación gradual o la inundación (comenzar con la situación más ansiógena) no afecta a la eficacia de la técnica, pero se aconseja una aproximación gradual que conlleve un menor malestar en el paciente (motivación y menor abandono).

Es posible que tras un ataque de pánico se de otro ataque de pánico (falsa creencia de un periodo refractario).

Espaciamiento entre sesiones y duración

Parece que las sesiones de exposición largas son más eficaces que las cortas, y que el tiempo entre sesiones no debe ser muy largo. La eficacia de la exposición masiva y prolongada muestra mejores resultados si existe un modelado de conducta no temerosa previo por parte del terapeuta (exposición masiva mejor que espaciada, aunque la exposición espaciada puede dar lugar a menos recaídas).

Fase inicial: exposición masiva y prolongada, fases posteriores: exposición espaciada.

Apoyo durante la exposición

Puede ser esencial la participación de un terapeuta o coterapeuta que sirva como apoyo, para retirarse posteriormente (elemento facilitador, no incrementa la efectividad pero si reduce el abandono).

En el caso de las fobias específicas, los programas con terapeutas son más eficaces que los producidos con manuales de autoayuda. En el caso de la agorafobia, se da un beneficio a corto plazo del uso de un terapeuta, pero no a largo plazo. En la fobia social se dan mejores resultados si previamente se ha complementado con ensayos con un terapeuta.

La auto-exposición es preferible a los procedimientos con apoyo terapéutico, ya que incrementan la auto-eficacia del paciente.

Conductas de seguridad

Las conductas de seguridad son estrategias conductuales o mentales desarrolladas por los pacientes para reducir la ansiedad durante la exposición.

Aunque de forma general es posible afirmar que las conductas de seguridad interfieren con el progreso del tratamiento de exposición, parece claro que no en todos los casos las conductas de seguridad tienen un efecto negativo sobre los resultados (es necesario evaluar cada caso).

Activación del miedo y reducción durante la exposición

En la teoría del procesamiento emocional la activación del miedo y su atenuación durante la exposición serían elementos imprescindibles.

No obstante, la evidencia muestra que la inducción de un miedo extremo no es un elemento forzoso para conseguir una exposición eficaz, sin embargo, la confrontación prolongada (para que dé tiempo a que se produzca el aprendizaje) si es esencial.

Una activación excesiva puede dificultar la codificación de nueva información durante la exposición (el éxito de la exposición se asocia a reducciones intersesionales, pero no intrasesionales). La reducción de la activación informada por los pacientes durante la sesión no es necesaria para conseguir resultados exitosos.

Los elementos esenciales para conseguir el éxito con la exposición son la activación moderada del miedo y la duración de la exposición que debe ser prolongada. La distracción durante las sesiones de exposición parece producir una reducción más lenta del miedo entre-sesiones (en algunos casos la distracción puede ser útil, pero en otros interfiere con el aprendizaje).

Procedimiento de aplicación

Uno de los elementos cruciales para conseguir la eficacia de las intervenciones basadas en la exposición es implicarle y explicarle el procedimiento, incluido los efectos aversivos inmediatos.

La confianza será el elemento determinante para que el paciente decida poner en marcha este tipo de técnicas. La alianza terapéutica se va estableciendo durante la primera fase de la terapia a medida que el terapeuta va recabando datos del problema.

El terapeuta debe identificar:

el estímulo temido, consecuencias temidas, conductas de escape o evitación del estímulo temido, y conductas de seguridad, y desencadenantes de la ansiedad.

No es infrecuente que una buena parte de los fracasos de las intervenciones con exposición se deba a una evaluación inadecuada del problema y al inicio rápido y precipitado del tratamiento.

Planificación de sesiones de exposición efectivas

Se consideran sesiones de exposición masiva a las sesiones de una duración entre 90 minutos y 120 minutos, que se dan varias veces por semana, en muchos casos todos los días durante los primeros 10 días.

El ritmo de la exposición (gradiente de la exposición) dependerá del paciente, la inundación es más rápida, y la gradual más lenta, pero el gradiente de exposición no afecta a la eficacia de la técnica.

Para que la exposición se efectiva la ansiedad debe ser moderadamente intensa pero no extrema o insoportable.

La atención deberá mantenerse sobre el contexto externo, concretamente sobre el estímulo o situación temida, más que en las propias reacciones u otros elementos del contexto para evitar distracciones. En el trastorno de angustia es importante prestar atención a las sensaciones internas debido al temor a las respuestas psicofisiológicas (estímulos temidos).

Debe animarse a los pacientes a practicar la exposición en la mayor variedad de situaciones, contextos y frente a la mayor diversidad de estímulos, con el objeto de conseguir la mayor generalización.

En general, las conductas de distracciones o cualquier tipo de amuleto disminuyen la eficacia de la exposición.

Las técnicas de exposición se complementan con técnicas cognitivas como la reatribución de síntomas o de reestructuración cognitiva.

Cuando ya no hay evitación, pero hay todavía una gran actividad autonómica, puede ser necesario estrategias de manejo directo de la reactividad psicofisológica (biofeedback). La desatención al componente psicofisiológico puede ser responsable de una parte de los fracasos y recaídas tras el tratamiento con exposición.

Minimización de factores que inhiben el éxito del tratamiento de exposición

Es frecuente que el paciente previamente haya intentado por su cuenta este afrontamiento y le ha resultado imposible o ineficaz. Es útil evaluar por qué se ha fracasado e identificar estrategias eficaces.

Es habitual que los pacientes desarrollen acciones que neutralizan los efectos de la exposición (conductas típicas de evitación de la situación, conductas de seguridad, o excesiva atención a las respuestas de ansiedad), incorporando estas experiencias a su sistema de creencias disfuncionales.

Beck
Instituto de Psicoterapia
Cognitivo Conductual

Producido exclusivamente para los alumnos del
Instituto de Psicoterapia Cognitivo Conductual "BECK"