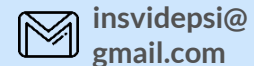
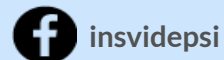


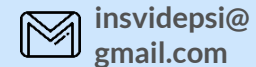
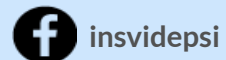
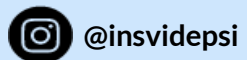
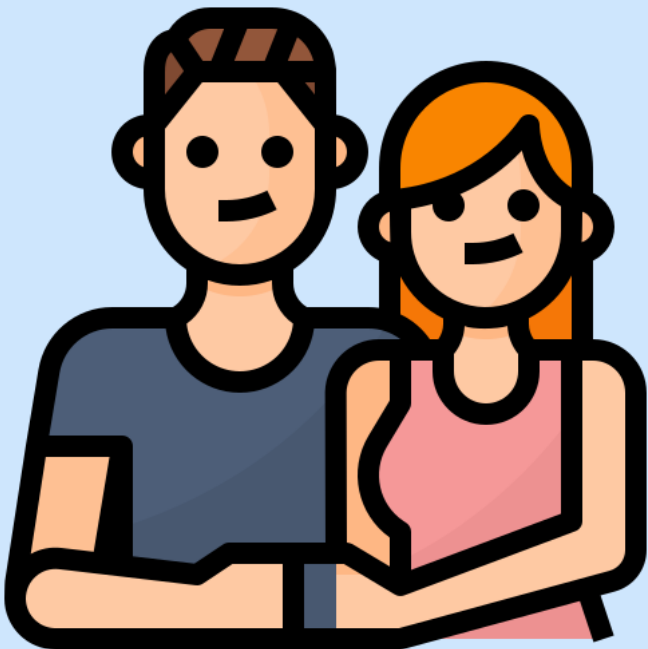
Diplomado Avanzado en Modificación de Conducta 13



Índice

- Áreas de aplicación clínica de la terapia de conducta.
- Tratamientos.
- Ejercicios para aumentar la reciprocidad.
 1. Darnos cuenta de la reciprocidad.
 2. Descubra a su pareja haciendo algo agradable.
 3. Días para quererse.
 4. La caja de sorpresas.
 5. Símbolos entrañables.
- Disfunciones sexuales.
 1. Tratamiento.
- Obesidad y trastornos de la alimentación.
 1. Tratamiento.
- Depresión.
 1. Tratamiento.

PROBLEMAS DE PAREJA



Los problemas de pareja se producen cuando una o dos personas que mantienen una relación íntima no se sienten satisfechas en la misma.

Es probable que existan tantas explicaciones del malestar en la pareja como parejas a disgusto, sin embargo, los terapeutas conductuales sugieren como causa subyacente que se producen más interacciones o comunicaciones negativas que positivas.

Es relativamente habitual que una de las personas haga comentarios sarcásticos u hostiles que a su vez reciben ironía y hostilidad como respuesta, lo cual sólo conduce a la ruptura de la comunicación, o de la relación.

Tratamiento

01 Instigación de intercambios positivos

Cada persona tiene que aumentar las conductas que agradan al otro: **manifestaciones de afecto, expresiones de respeto, muestras de aprecio.**

02 Entrenamiento en comunicación

Para que cada persona exprese **pensamientos y sentimientos** sobre lo que le gusta y aprecia de la otra, a la vez que ayuda a su pareja a expresar lo que siente y para aprender a escuchar.

03 Entrenamiento en la solución de problemas

En que la pareja aprende a utilizar sus **habilidades de comunicación** para identificar y resolver de un modo sistemático los conflictos de la relación.

04 Planificar la generalización

Los clientes aprenden a observar su relación para detectar señales críticas que indican una recaída y siguen utilizando las técnicas de solución de conflictos que aprendieron en la terapia.



Ejercicios para aumentar la reciprocidad

1. Darnos cuenta de la reciprocidad.
2. Descubra a su pareja haciendo algo agradable.
3. Días para quererse.
4. La caja de sorpresas.
5. Símbolos entrañables.

Darnos cuenta de la reciprocidad

1. Explicar qué significa **gratificación**:
 - A) Halagos, cumplidos, etc. (**expresiones verbales**).
 - B) Besar, acariciar, etc. (**conductas afectuosas**).
 - C) Poner la mesa, lavar el coche, etc. (**conductas que hacen la vida del otro más fácil y/o agradable**).

Darnos cuenta de la reciprocidad

2. **Entregar el formulario** «Ejercicio de darse cuenta de la reciprocidad» y rellenarlo.
3. **Ambos intercambian sus listas:** Se trata de que se expliquen mutuamente lo mucho que les gusta recibir algunas gratificaciones y lo mucho que les cuesta dar ciertas gratificaciones.

Darnos cuenta de la reciprocidad

4. Cada uno deberá destacar 2 o 3 conductas gratificantes de las que recibe: De este modo el otro podrá centrar su atención en ellas y aumentar su frecuencia.

A través de este ejercicio habremos conseguido:

- Empezar a cambiar la imagen negativa que se ha ido generando sobre el otro y sobre la relación, al darse cuenta de que hay interacciones positivas.
- Incrementar la reciprocidad al aumentar la percepción de gratificaciones que se están dando.
- Comenzar a trabajar la comunicación de la pareja.

NOTA:

Este ejercicio se propondrá como una constante a lo largo de la terapia. Puede resultar repetitivo, pero vale la pena motivarlos para que continúen con este ejercicio diario, ya que el sobre-aprendizaje fomentará la espontaneidad y la interiorización del hábito

Descubra a su pareja haciendo algo agradable

1. Encontrar cada día tres gratificaciones que le ha dado el otro.
2. Anotar estas gratificaciones: Por ejemplo, en el auto-rregistro básico de frecuencia de conductas.
3. Comunicarle a la pareja que se ha dado cuenta de las gratificaciones.
4. Compartir los registros en las sesiones de conciliación (me gusta, no me gusta, me cuesta, no me cuesta, siento...).
5. Comentar los registros la próxima sesión con el terapeuta: beneficios, dificultades, mejoras, etc.

La temporalidad de este ejercicio es la siguiente:

1. El ejercicio debe hacerse diariamente durante varias semanas.
2. Si los miembros consiguen incorporar de modo natural (sin auto-registros ni sesiones de conciliación) este ejercicio a sus vidas cotidianas, habrán encontrado una manera de gratificarse recíprocamente.

Días para quererse

1. Escoger un día para gratificar de una forma especial al otro (y sin que el otro lo sepa).

El terapeuta combina estos días para que no se solapen.

Cuando se comparen los registros de ambos miembros se verá que el día que más registros de gratificación han anotado coincide con el día que su pareja escogió para gratificarle.

Este fenómeno se produce de forma natural y nos sirve para introducir/consolidar los conceptos teóricos de la Reciprocidad y de «la Cuenta Bancaria» de Gottman.

La caja de sorpresas

- 1. En una caja, la pareja introduce papeletas (de diferente color para cada uno) en el que deben anotar aquellas demandas que les gustaría recibir:** Deben introducirse varias papeletas (mínimo 5) con diferentes deseos para que la pareja pueda escoger una al azar.
- 2. Cuando un miembro de la pareja desea agradar al otro, solo tiene que ir a la caja y coger una papeleta:** Además, con la tranquilidad de que el éxito (refuerzo a la pareja) es seguro.
- 3. La pareja debe alimentar constantemente la caja con deseos:** No debe ocurrir que un miembro llegue a la caja y no encuentre ningún deseo o petición de su pareja

Símbolos entrañables

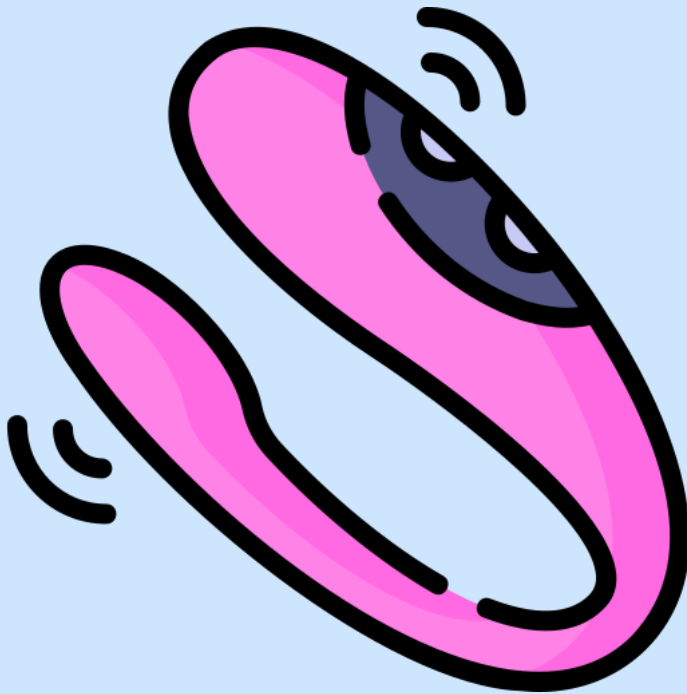
El ejercicio de símbolos entrañables se centra en momentos, anécdotas, canciones, objetos, etc. que recuerdan un momento especial que la pareja ha vivido junta: un primer beso, una petición de compromiso.

Cuando la relación atraviesa un conflicto, las parejas tienden a olvidar estos elementos de unión, que podrían ayudarles a recordar por qué se unieron y, quizá, por qué valdría la pena permanecer juntos.

Liberman dice que los símbolos de unión son «inestimables como forma de ayudar a las parejas a ponerse en contacto con sus sentimientos positivos en relación a la unión, que pueden haber sido enterrados profundamente bajo y sobre la capa de la hostilidad y el desaliento».

El ejercicio consiste en que la pareja verbalice los símbolos entrañables. Pueden hacerlo con una foto, un escrito, verbalizar un recuerdo, etc.

DISFUNCIONES SEXUALES



Las disfunciones sexuales masculinas más habituales son:

- (a) **Dificultad para mantener la erección.**
- (b) **Eyacuación precoz.**

Entre las mujeres, las más frecuentes son:

- (a) **Vaginismo**, es decir, espasmos involuntarios de la musculatura de la vagina que interfieren con la penetración.
- (b) **Dispareunia**, es decir, experimentar dolor durante la penetración.
- (c) **Inhibición del orgasmo.**
- (d) **Deseo sexual bajo.**

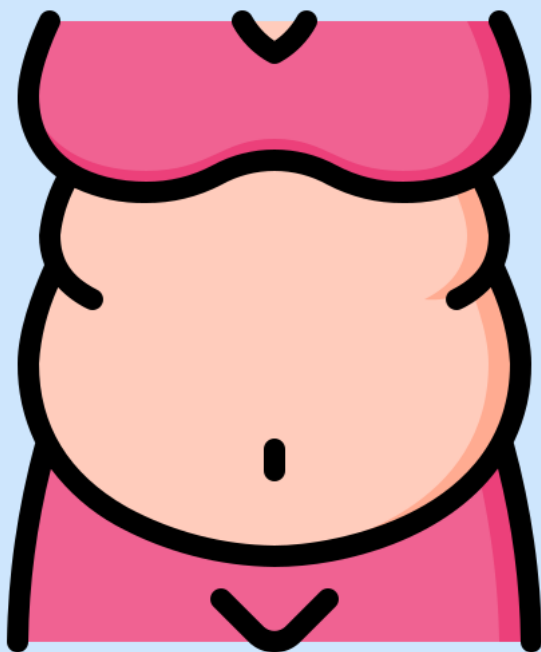
Una hipótesis de trabajo razonable es que la ansiedad juega un papel importante en las disfunciones sexuales.

En el caso de los hombres, se convertiría en una profecía auto-cumplida y experimentarían dificultades porque su principal temor es experimentar dificultades; y en el caso de las mujeres, podrían temer por la propia relación sexual por diversas razones. En cualquier caso, los programas de exposición resultarían adecuados, y ya desde las intervenciones pioneras de Masters y Johnson (1970), se suele recomendar una **estimulación mutua agradable** en un ambiente tranquilo, sin expectativas, ni presiones de tener que llegar al coito (Leiblum & Rosen, 2000; Wincze & Carey, 2001).

Si el problema está relacionado con el orgasmo, es frecuente recomendar a las mujeres que se masturben para que aprendan a identificar y explicar las sensaciones pertinentes. En todas las circunstancias, el objetivo buscado para ambos no es el rendimiento, sino experimentar placer.

Aunque las técnicas comportamentales son eficaces en el tratamiento de las disfunciones sexuales, tampoco hay que simplificar excesivamente los problemas, ya que en ocasiones las causas pueden estar relacionadas con enfermedades, desavenencias de pareja, estilos de vida y envejecimiento.

OBESIDAD Y TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN



Los trastornos de la alimentación se organizan en varias categorías:

A) Bulimia nerviosa.

B) Anorexia nerviosa.

C) Trastorno de ingesta excesiva.

D) Obesidad.

En las dos primeras, las personas están desnutridas y obsesionadas con la delgadez, la diferencia radica en que en la bulimia, la persona se da atracones y posteriormente vomita o toma laxantes para contrarrestar los efectos de la ingesta excesiva, en tanto que en la anorexia, las personas no comen.

Tratamiento

La bulimia y la anorexia son extremadamente resistentes al tratamiento, aunque en el caso de la primera se han logrado ciertos avances mediante una secuencia de intervenciones comportamentales y cognitivas (Wilson & Fairburn, 2002).

El componente comportamental incluye refuerzos por aumentar el tiempo sin atracones y por alimentarse adecuadamente con un horario establecido; en tanto que el componente cognitivo se dirige hacia las creencias irracionales acerca de la comida, el peso y la apariencia, habitualmente de las mujeres, por ser el grupo más afectado.

El componente comportamental incluye refuerzos por aumentar el tiempo sin atracones y por alimentarse adecuadamente con un horario establecido; en tanto que el componente cognitivo se dirige hacia las creencias irracionales acerca de la comida, el peso y la apariencia, habitualmente de las mujeres, por ser el grupo más afectado.

La mayoría de las personas anoréxicas y bulímicas tienen una imagen corporal deformada y se creen gordas a pesar de estar delgadas hasta el punto de la desnutrición.

Tanto los tratamientos cognitivos como los conductuales han resultado mucho menos eficaces en la anorexia que en la bulimia, quizá porque las personas anoréxicas experimentan ansiedad extrema si se intenta que se comporten de un modo que no sea perfecto conforme a su sistema de creencias.

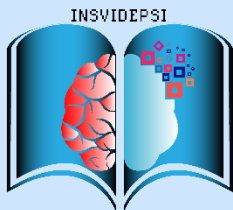
Los procedimientos comportamentales se han demostrado muy eficaces para que personas con sobrepeso y obesas, con o sin episodios de atracones, logren reducir peso (Craighead, 2004; Faith, Fontaine, Cheskin & Allison, 2000). El objetivo de estos programas es lograr cambios en el estilo de vida a largo plazo; es decir, en hábitos alimenticios, ejercicio y actitudes hacia ambos aspectos (Faith y cols., 2000).

Las intervenciones más satisfactorias no se han centrado tanto en la reducción de calorías, como en la elección de los alimentos adecuados y los componentes comportamentales más frecuentes son:

- A) **Auto-observación**, con registros diarios de las comidas, sus correspondientes valores calóricos y peso corporal.
- B) **Control del estímulo**, conforme al cual la alimentación en casa se circunscribe a un lugar tan específico como la mesa de la cocina.
- C) **Cambiar la tasa de ingesta**, consiguiendo que los clientes dejen los cubiertos en la mesa entre bocados o que hagan pequeñas pausas entre plato y plato.

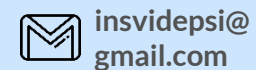
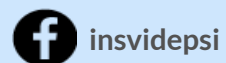
D) Contratos comportamentales, en que los interesados se comprometen a perder cierta cantidad de kilos durante un periodo determinado y a cambio reciben algún refuerzo deseado.

E) Estrategias de prevención de recaídas.



Instituto Virtual de
Desarrollo Psicológico.

DEPRESIÓN



Todo el mundo se ha sentido deprimido alguna vez en la vida.

Por lo general, se experimenta al perder un reforzador potencial o significativamente importante y así por ejemplo, una mala nota en un examen puede hacer que un estudiante se deprima porque señala la pérdida potencial de una buena calificación en la asignatura.

Sin embargo, algunas personas padecen depresión crónica, es decir se mantienen en este estado durante periodos prolongados sin que se observe mejoría aparente y por ello es frecuente que busquen ayuda para afrontar la situación.

Tratamiento

Conforme a la hipótesis expuesta, los tratamientos conductuales de la década de 1970 probaron su eficacia al aumentar la frecuencia de los refuerzos contingentes en las vidas de las personas deprimidas (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1975).

Para lograrlo, los implicados tenían que exponerse a situaciones que hicieran más probable el refuerzo, como acudir a fiestas, desarrollar aficiones, leer libros, ir al cine, o practicar deporte (Tkachuk & Martin, 1999).

Esta estrategia se fortalecía al involucrar a otras personas destacadas del entorno, como cónyuges o amigos, para que reforzaran el comportamiento de búsqueda y puesta a prueba activa de nuevos reforzadores.

Muchas recompensas son sociales, es decir, las conceden otras personas y por tanto hay que contar con ciertas destrezas en el trato para gestionarlas, lo cual suele plantear dificultades a los clientes con depresión crónica, de ahí que el entrenamiento en habilidades sociales también forme parte habitual del tratamiento.

La teoría de Beck argumenta que las personas deprimidas mantienen un conjunto de creencias básicas, denominadas esquemas cognitivos, que influyen sobre su manera de abordar los acontecimientos vitales e interpretarlos negativamente, o lo que es igual, hacer distorsiones cognitivas, que les conducen al comportamiento deprimido.

A finales de la década de 1990, el tratamiento comportamental ha recuperado su predicamento (Jacobson, Martell & Dimidjain, 2001; Martell, Addis & Jacobson, 2001), en parte porque las terapias cognitivas siempre han añadido una intervención comportamental y en parte porque la investigación ha señalado que la inclusión de tareas conductuales aumenta la probabilidad de refuerzos contingentes o activación comportamental que puede por sí sola constituir un tratamiento eficaz de la depresión (Gortner y cols., 1998; Jacobson y cols., 1996; Martell y cols., 2004).

Bibliografía

1. Beck, A. T., & Alford, B. A. (2020). **Depression: Causes and treatment** (2nd ed.). University of Pennsylvania Press.
2. Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2017). **Abnormal psychology: An integrative approach** (8th ed.). Cengage Learning.
3. Birchler, G. R., & Vincent, J. P. (2021). **Reciprocity and behavior exchange in relationships: Implications for therapy**. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(3), 512-530.
4. Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2020). **The clinical management of obesity and eating disorders**. In T. A. Wadden & A. J. Stunkard (Eds.), *Handbook of obesity treatment* (2nd ed., pp. 524-538). Guilford Press.
5. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2016). **Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change** (2nd ed.). Guilford Press.

6. Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (2019). **Human sexuality** (13th ed.). HarperCollins Publishers.
7. O'Donohue, W. T., Fisher, J. E., & Hayes, S. C. (Eds.). (2018). **Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice** (3rd ed.). Wiley.
8. Schwartz, R. C., & Flowers, J. V. (2017). **Clinical applications of behavior therapy in family dynamics: Tools for couples and family interventions**. *Journal of Family Therapy*, 39(4), 622-641.
9. Stice, E., & Bohon, C. (2021). **Eating disorders and obesity in youth: Prevention and treatment**. In C. J. Ferguson (Ed.), *Clinical psychology and childhood disorders* (pp. 321-345). Springer.
10. Weeks, G. R., Gambescia, N., & Hertlein, K. M. (2016). **A clinician's guide to systemic sex therapy** (2nd ed.). Routledge.