

Modelos teóricos y técnicas de intervención en psicología clínica y de la salud

Noemí Guillamón Cano

PID_00186936



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción.....	5
Objetivos.....	7
1. Principales modelos teóricos desde la psicología de la salud.	9
1.1. Modelos conceptuales de la salud: modelo biomédico y modelo biopsicosocial	9
1.2. Modelos y teorías explicativas de la salud	10
1.2.1. Modelos de continuum	12
1.2.2. Modelos de estadios	15
2. Las principales técnicas de intervención desde el modelo cognitivo-conductual.....	18
2.1. Técnicas basadas en la información	18
2.2. Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas (Larroy y De la Puente, 1995)	18
2.3. Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad	22
2.4. Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas	23
2.5. Técnicas cognitivas	23
2.6. Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés	24
3. Integración: intervención psicológica en línea. Aplicación de los principios teóricos y de las técnicas en la Red.....	25
4. Bibliografía.....	29

Introducción

Este primer módulo constituye la base para la comprensión del resto de módulos de la asignatura. En él se ofrece una síntesis de los principales modelos teóricos que subyacen a muchas de las intervenciones que se promueven desde la SIC, así como un repaso a las principales técnicas psicológicas que se usan para promover cambios en el comportamiento de las personas.

Una de las principales limitaciones o críticas a muchas de las intervenciones que existen hoy en día en la SIC es, precisamente, la ausencia de modelos teóricos claros que sustenten la intervención. Desde nuestro punto de vista, es muy importante que detrás de cada intervención exista un intento de explicar por qué se propone una técnica u otra, por qué se diseña esa web, o ese aplicativo para el móvil, o ese dispositivo, de un modo y no de otro, qué se pretende conseguir de esa forma, qué se pretende evitar... En síntesis, que la acción que se promueva tenga un sentido, una orientación, esté dirigida a la consecución de un objetivo.

Hasta el momento, la mayoría de iniciativas han partido de modelos teóricos utilizados en la intervención psicológica “tradicional” y se han adaptado al contexto de la SIC. Sin embargo, en los últimos años se está observando el surgimiento de modelos que nacen desde este nuevo contexto, o bien que integran elementos no solo de la psicología, sino de otras disciplinas, como la comunicación, la persuasión, el marketing, etc., y que dan como fruto enfoques totalmente propios de la SIC. En este módulo haremos mención de alguno de ellos.

Por otro lado, también repasaremos las principales técnicas psicológicas que se usan en las intervenciones psicológicas en la SIC. Dentro del mundo de la psicología, hay diferentes escuelas o posicionamientos teóricos que difieren tanto en el concepto que tienen del comportamiento humano como en la importancia que le dan a cada uno de los elementos que pueden tener influencia en el desarrollo de problemas psicológicos. Estas escuelas también se distinguen por la manera de abordar y tratar estos problemas y por las técnicas de intervención que utilizan. Algunas de estas escuelas son más conocidas que otras por la relevancia social que han podido tener a lo largo de su historia: el psicoanálisis y las escuelas que se han derivado, los abordajes de carácter humanista y existencial, la terapia sistémica o la orientación cognitivo-conductual.

No es objeto de este módulo ni de esta asignatura entrar en la descripción de cada una de ellas, pero las mencionamos porque en la Red encontramos que, si bien todas las escuelas están representadas y se ofrecen servicios de atención psicológica en línea desde la mayoría de ellas, es importante tener presente que la mayoría de tratamientos que se proporcionan se pueden enmarcar dentro

del modelo cognitivo-conductual. Este hecho responde a que los tratamientos que se llevan a cabo desde esta orientación están altamente estructurados, siendo más fáciles de implementar en Internet y de ser seguidos por parte del usuario con mayor o menor apoyo de un profesional. Es relevante destacar, sin embargo, que en muchas páginas web la orientación teórica de los servicios ofertados no queda explicitada, siendo un hándicap para el usuario no familiarizado para poder valorar si lo que se le está ofreciendo le puede ser de utilidad (Vallejo et al., 2007).

Objetivos

1. Conocer los principales modelos teóricos procedentes de la psicología de la salud.
2. Conocer las principales técnicas de intervención del modelo cognitivo-conductual, para qué se usan y el procedimiento para aplicarlas.
3. Conocer alguno de los modelos integrativos de teorías y técnicas psicológicas en el contexto de la intervención en psicología clínica y de la salud en la SIC.

1. Principales modelos teóricos desde la psicología de la salud

1.1. Modelos conceptuales de la salud: modelo biomédico y modelo biopsicosocial

Las dos aproximaciones teóricas al concepto de salud de mayor influencia a lo largo del estudio de la salud son el modelo biomédico y el modelo biopsicosocial.

El **modelo biomédico** considera que los problemas de salud son causados únicamente por factores biológicos, sin tener en cuenta los factores psicológicos y sociales. Este modelo implica una relación médico-paciente en la que el médico tiene un rol activo de asistencia y cura del enfermo, y el paciente un rol pasivo, limitándose a aceptar acriticamente el tratamiento que le ofrece el experto.

En la sociedad actual, en la que ha aumentado considerablemente la esperanza de vida y las enfermedades tienden a hacerse crónicas, este modelo biomédico pierde valor.

Hoy en día, cobran importancia los aspectos sociales, psicológicos y culturales en el hecho de enfermar, y se deja paso al modelo biopsicosocial como modelo conceptual de la salud.

El **modelo biopsicosocial** señala que es la interacción de los factores biológicos, psicológicos y sociales el determinante principal de la salud y la enfermedad. De este hecho se deriva que la salud y la enfermedad tienen causas múltiples, y también efectos múltiples. Si bien el modelo biomédico focalizaba su atención únicamente en el proceso de enfermedad, desde el modelo biopsicosocial se considera que la salud y la enfermedad forman parte de un continuum, donde salud sería el resultado de tener cubiertas las necesidades biológicas, psicológicas y sociales del individuo (Amigo, Fernández, y Pérez, 1998).

Las principales características del modelo biopsicosocial (Valiente, 2005) son:

- En el proceso de salud-enfermedad se tienen que tener en cuenta los tres tipos de determinantes (biológicos, psicológicos y sociales).
- La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se han de realizar desde una perspectiva multidisciplinar.

- Además de los factores biológicos, se debe prestar atención a los factores psicológicos y sociales que influyen en la aparición y el mantenimiento de la enfermedad.

Dentro de estos factores psicológicos y sociales, las condiciones, los hábitos y el estilo de vida explican en gran medida muchas de las enfermedades que sufrimos en la sociedad actual. Así pues, podemos decir que son los aspectos sociales y culturales los que justifican el estilo de vida de una sociedad y su implicación en la salud. De ahí la gran importancia que tiene la transmisión de valores asociados a una cultura que procura un estilo de vida saludable, es decir, la promoción y la educación de la salud vinculada al contexto familiar, pero también a otros entornos de influencia social (escuela, amigos, medios de comunicación, etc.). El reconocimiento del estilo de vida como causa de la salud presupone que la promoción de la salud prevendrá el hecho de enfermar y/o morir.

El **estilo de vida** que caracteriza a esta **sociedad de la información** y el conocimiento en la que estamos inmersos está teniendo efectos sobre la salud de las personas que participan de ella un tanto diferentes a los que se venían observando hasta ahora. **Nuevas enfermedades** caracterizan a dicha sociedad; son aquellas **ligadas al uso de las nuevas tecnologías y al acelerado ritmo de vida**, una multiactividad que sufre todo el mundo, desde los niños hasta los abuelos. Precisamente, los más pequeños de esta sociedad tienen "la obligación" de tener un excelente rendimiento escolar y hacer actividades extraescolares (música, inglés, deporte, etc.) en las que se les pide un alto grado de implicación, rendimiento y resultados. Por su parte, los adultos también siguen un ritmo de vida altamente ocupado. Es normal oír por doquier: "No tengo tiempo". No en vano, se está generando un aumento de estrés y depresiones en edades muy tempranas (Valiente, 2012).

Otro hecho que caracteriza a esta sociedad red es la relación médico-paciente. La relación existente en el modelo biomédico, en el que el paciente era un agente pasivo y el médico el activo, está cambiando de manera radical. El paciente pasa a ser un agente activo que acude al médico con mucha información de su enfermedad o de la de su familiar, o busca información para prevenir problemas o adoptar un estilo de vida más saludable. El médico pierde el rol de poder de información, tanto de cara a los pacientes como dentro de los equipos médicos, en los que los médicos más jóvenes están cada vez más informados que sus superiores.

1.2. Modelos y teorías explicativas de la salud

Teniendo como marco teórico el modelo biopsicosocial, describiremos en este apartado los principales modelos y teorías que explican el estilo de vida de las personas y su relación con la salud. Ante la gran cantidad de modelos, no es objetivo de este capítulo realizar una exposición detallada y exhaustiva de cada

uno de ellos. Más bien pretendemos dar una visión general de los mismos, y animamos al lector a ampliar la información con las lecturas complementarias que proponemos para este módulo.

Los modelos teóricos que presentaremos tienen como objetivo principal explicar la relación entre las variables personales, sociales, etc. que intervienen en la adopción y mantenimiento de un comportamiento saludable, o bien en la modificación de un comportamiento de riesgo o no saludable.

Una primera clasificación permite diferenciar los modelos y teorías que intentan identificar qué factores explican la conducta (modelos de continuum) y aquellos que ponen el énfasis en el proceso que se sigue para la adopción de una conducta saludable o la modificación de un comportamiento de riesgo (*modelos de estadios*). En otras palabras, el primer grupo de modelos hace una “radiografía” de los elementos que intervienen en la adopción de una conducta, mientras que el segundo grupo se preocupa por determinar cómo se relacionan entre ellos y en qué momento del proceso de cambio juega un papel más relevante cada una de estas variables (Schwarzer, 2008; Weinstein, Rothman, y Sutton, 1998).

Los **modelos de continuum** asumen implícitamente que todas las personas se ven influenciadas en mayor o menor grado por todos los factores que estudian, de modo que, conocidos los elementos, podemos escribir una ecuación única que determina la probabilidad de cambio para todo el mundo (Weinstein, Rothman, y Sutton, 1998). Dentro de este grupo, podemos encontrar la teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) o del comportamiento planificado (Ajzen y Madden, 1986), el modelo de creencias de salud, el modelo de la motivación protectora o la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1986). Estas teorías se han centrado en los factores cognitivos como determinantes del comportamiento social, de aquí que también reciban el nombre de **modelos sociocognitivos o modelos cognitivos sociales**. En este apartado, nos centraremos en la descripción de la **teoría del comportamiento planificado** (TPB, *Theory of Planned Behavior*, Ajzen, 1985, 1991), uno de los modelos teóricos más relevantes y validados empíricamente por la comunidad científica, y en el **modelo de acción en favor de la salud** (HAPA, *Health Action Process Approach*) de Schwarzer y colaboradores (1992).

Los **modelos basados en estadios** consideran que la adopción de una nueva conducta no es un proceso estático y unidireccional que se pueda reducir a una única ecuación. En el proceso de cambio intervienen muchos factores o elementos que hacen que este sea dinámico y bidireccional. El objetivo de estos modelos, pues, es estudiar cuáles son las fases o estadios de este proceso de cambio y determinar cuáles son los factores más relevantes en cada momento. Dentro de este grupo de modelos teóricos nos centraremos en los más co-

nocidos e importantes: el **modelo transteórico de Prochaska y DiClemente** (1983, 1984) y el **modelo de adopción de precauciones** (PAPM, *Precaution Adoption Process Model*) de Weinstein y Sandman (1992).

1.2.1. Modelos de continuum

1) Teoría del comportamiento planificado (TPB, *Theory of Planned Behavior*, Azjen, 1985, 1991)

Según esta teoría, el factor principal que predice el cambio de conducta es la intención de cambiarla. O sea, la intención representa la motivación para realizar una determinada conducta. A la vez, la intención viene determinada por tres factores: las **actitudes frente a la conducta**, es decir, la valoración positiva o negativa que hace el individuo sobre el comportamiento (*dejar de fumar es positivo para mi salud*), la **norma social o subjetiva**, que hace referencia a lo que piensan otras personas sobre el comportamiento, es decir, a la presión social para realizar o no la conducta (*fumar es negativo para la salud, o bien, fumar está bien visto en mi círculo de amigos*), y el **control de la acción**, término sinónimo a autoeficacia, que hace alusión a la percepción de que el individuo será capaz de llevar a cabo el comportamiento (*soy capaz de dejar de fumar*).

La **actitud** y la **norma subjetiva**, al mismo tiempo, están determinadas por las creencias conductuales y normativas. Las **creencias conductuales** hacen referencia a la anticipación que hace la persona sobre el tipo y valor de las consecuencias de su conducta (expectativas y valores de resultados). Las **creencias normativas** se refieren a la percepción que uno tiene de aquello que otras personas próximas y relevantes esperan de una persona, y la motivación para cumplir con estas expectativas (Villamarín y Limonero, 2007).

Por otro lado, el **control de la acción** está determinado por la **autoeficacia**, el **locus de control**, que hace referencia a la atribución de la causalidad a factores internos (habilidad y esfuerzo) o externos (suerte, creencias religiosas), y la controlabilidad, que hace referencia al grado de control personal que tenemos sobre la conducta.

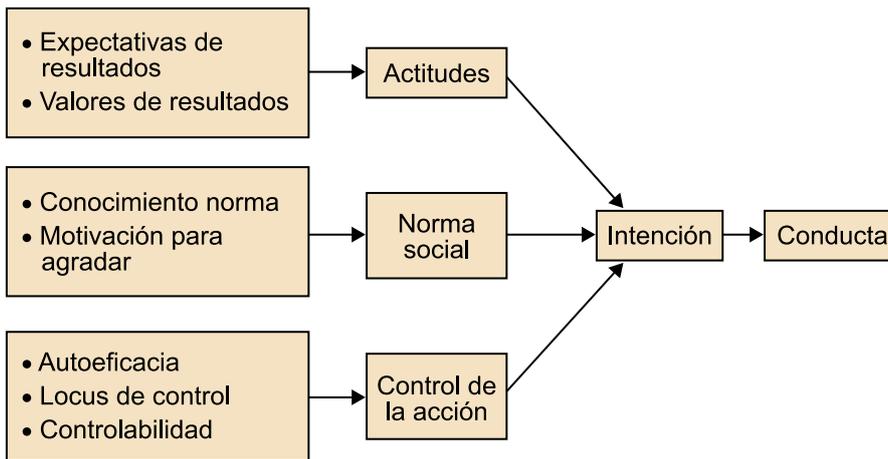


Figura 1. Esquema de la teoría del comportamiento planificado de Ajzen (1985, 1991)

Según este modelo, los individuos que valoren positivamente el cambio de conducta, que consideren que este cambio gustará a las personas o grupos importantes para él y que, además, se vean capaces de llevar a cabo con éxito este comportamiento, tendrán más probabilidad de realizar esta conducta (Pastor, Balaguer, y García-Merita, 1999).

Esta teoría se ha aplicado al estudio de muchas conductas de salud, como por ejemplo la adopción de una dieta saludable, la realización de ejercicio físico o el uso del preservativo, y destaca la importancia de los otros significativos (padres, profesores, amigos) en la formación de las creencias de salud.

2) Modelo de acción en favor de la salud (HAPA, *Health Action Process Approach*, Schwarzer, 1992)

El principal objetivo del modelo de Schwarzer (1992) es explicar los mecanismos implicados en que el individuo se motive para el cambio (tenga la intención de cambiar) y efectivamente realice este cambio y lo mantenga en el tiempo, afrontando los obstáculos o contratiempos que se pueda ir encontrando. En este modelo se distinguen dos fases muy diferenciadas: la fase **motivacional** y la fase **volitiva**. La fase motivacional hace referencia a los factores que determinan la formación de la intención de cambio, mientras que la fase volitiva se refiere a los elementos implicados en la ejecución y mantenimiento de la acción.

En la formación de la intención, Schwarzer destaca tres mecanismos principales: la percepción de riesgo, las expectativas de resultados y la autoeficacia percibida.

Los tres mecanismos principales que determinan la intención son: la percepción de **riesgo** (*fumar es malo para mi salud*), las **expectativas de resultados**, que hacen referencia a las creencias sobre los resultados positivos o negativos que tendrá realizar la conducta y al balance de pros y contras que se deriva de ello (*si dejo de fumar mi salud mejorará pero ganaré peso*), y la **autoeficacia**

percibida, es decir, la valoración de la propia capacidad para llevar a cabo la conducta y superar los obstáculos que puedan interferir en su ejecución (*seré capaz de no fumar aunque esté más nervioso*).

Como ya hemos dicho, la intención por sí misma no es suficiente para realizar una conducta. El modelo HAPA destaca el papel de las variables autorreguladoras en la relación entre intención y conducta, especialmente de tres de ellas: la planificación de *la acción*, *la autoeficacia* y *el control de la acción*. La planificación **de la acción** hace referencia a la anticipación consciente de qué, cómo, cuándo y dónde se llevará a cabo la conducta (*action planning*) y de qué, cómo, cuándo o dónde se podrán poner en marcha mecanismos para hacer frente a los obstáculos o problemas que el individuo pueda encontrar durante el proceso de cambio y/o mantenimiento del mismo (*coping planning*).

El equipo de Schwarzer da mucha importancia a la **autoeficacia**, señalando que ésta juega un papel importante no sólo en la preparación para cambio (fase motivacional), sino también durante la ejecución de la acción y el mantenimiento del cambio.

Finalmente, el **control de la acción** en este modelo hace referencia a la autorregulación activa durante el proceso de ejecución y mantenimiento del cambio, e incluye la supervisión de la consecución de los objetivos propuestos, el recuerdo de los estándares acordados y el esfuerzo para llevar a cabo la conducta (Sniehotka, Scholz, y Schwarzer, 2005).

Algunos ejemplos de control de la acción serían:

- Supervisión de la consecución de los objetivos propuestos (*durante las últimas cuatro semanas reviso periódicamente si he hecho suficiente ejercicio físico*).
- Recuerdo de los estándares acordados (*reviso si hago ejercicio físico 30 minutos tres veces a la semana, tal como acordamos al comienzo*).
- Esfuerzo para llevar a cabo la conducta (*realmente intento hacer ejercicio regularmente*).

Este modelo se ha aplicado en la adopción y el mantenimiento de conductas saludables como por ejemplo el lavado diario de los dientes, el uso del cinturón de seguridad, el establecimiento de una dieta adecuada o la realización de ejercicio físico (Schwarzer et. al., 2007), entre otros.

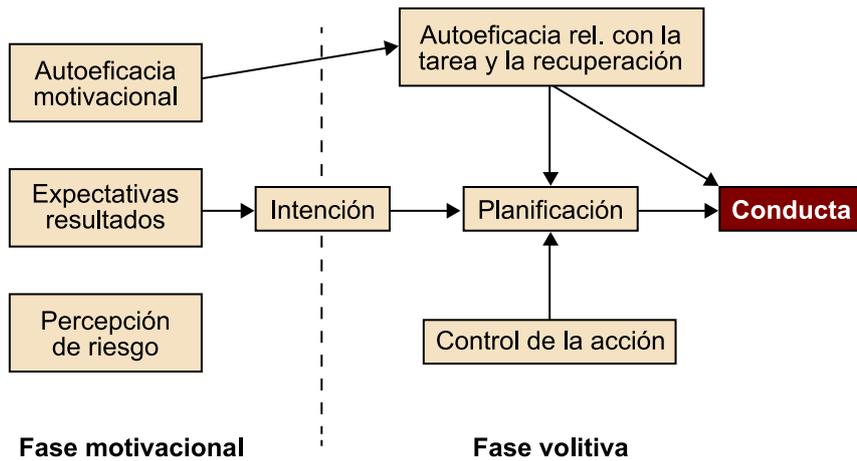


Figura 2. Esquema del modelo de acción en favor de la salud (Schwarzer, 1992)

1.2.2. Modelos de estadios

1) TTM: Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente (1983, 1984)

El modelo basado en estadios más ampliamente utilizado en psicología de la salud es el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente. Aunque inicialmente se diseñó para el abordaje terapéutico del proceso de dejar de fumar, su uso se ha aplicado con éxito en la adopción de muchas conductas saludables (ejercicio físico, dieta...) y la reducción o cese de conductas de riesgo (especialmente dentro del ámbito de las drogodependencias).

Según el TTM, el cambio de comportamiento se podría dividir en **cinco estadios** diferenciados:

- **Precontemplación:** continuando con el ejemplo de dejar de fumar, en este estadio se encontraría una persona que no se ha planteado dejar de fumar en el futuro, operacionalizado como hacerlo en los próximos seis meses.
- **Contemplación:** en este estadio se encontrarían las personas que se están planteando dejar de fumar, pero no han tomado todavía la decisión de hacerlo ni han planificado cuándo y cómo lo harán.
- **Preparación:** en esta fase, el individuo ha tomado la decisión de intentar dejar de fumar en el próximo mes.
- **Acción:** el individuo ha dejado de fumar; esta fase se considera que puede durar de un día a seis meses.
- **Mantenimiento:** si una persona se ha mantenido en abstinencia durante seis meses, se considera que ha entrado en la fase de mantenimiento.

La progresión de un estadio al siguiente no siempre es lineal, es decir, no siempre una persona se plantea dejar de fumar, lo prueba y lo consigue a la primera. Es bastante frecuente observar movimientos entre estadios, por ejemplo,

alguien puede estar en la fase de preparación y acción y, ante un intento fracasado, volver a la fase de contemplación, etc. Por este motivo, a menudo se dibujan las fases de este modelo en espiral.

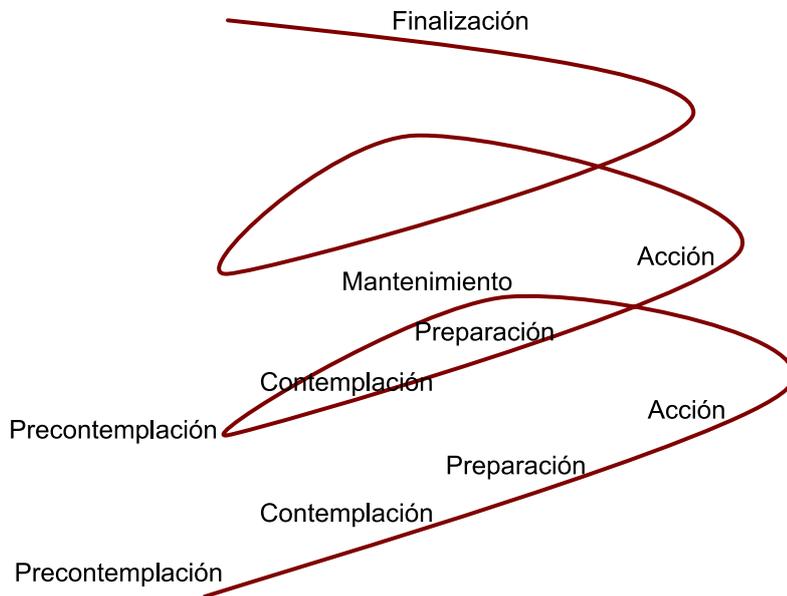


Figura 3. Modelo en espiral de los estadios de cambio

Los cinco estadios se consideran mutuamente excluyentes, y es una medida arbitraria de tiempo la que determina el paso de un estadio al siguiente. Esto ha sido duramente criticado por la comunidad científica (West, 2006), que señala las dificultades para operacionalizar este modelo y para determinar cuáles son las variables que explican el paso de un estadio al siguiente. Sin embargo, a pesar de las críticas, continúa siendo uno de los modelos teóricos más utilizados, y constituye la base de muchos de los programas de intervención para la promoción de la salud y prevención de enfermedades que describiremos más adelante (DiClemente, Crosby y Kegler, 2002).

2) Modelo de adopción de precauciones (PAPM, *Precaution Adoption Process Model*, de Weinstein y Sandman, 1992)

El PAPM surge como respuesta a las críticas del modelo TTM y como su alternativa dentro de los modelos basados en estadios. En este modelo se identifican siete estadios en el proceso seguido por una persona para cambiar una conducta, y que los autores explican como un proceso de adquisición de precauciones para proteger la salud:

- **Estadio 1. Sin conciencia de riesgo:** en un punto inicial, la persona no es consciente de la conducta a cambiar, ni del riesgo que corre si no la cambia (*no tengo conocimiento de que fumar sea malo para mi salud*).
- **Estadio 2. Conciencia de riesgo:** más adelante, la persona ha oído hablar de la conducta en cuestión, o del riesgo que implica mantenerla, pero no

necesariamente está interesado en cambiarla (*sé que fumar es malo para mi salud, pero esto no quiere decir que a mí me tenga que pasar nada negativo*).

- **Estadio 3. Indeciso-reconocimiento de la susceptibilidad:** la persona en este estadio asume que es susceptible de ver afectada su salud y de que tendría que protegerse, y está considerando si quiere o no cambiar la conducta.
- **Estadio 4. Decide no actuar:** en este caso puede decidir no cambiar el comportamiento (*sé que fumar es malo para mi salud, y que corro el riesgo de tener algún problema serio, pero hoy por hoy no quiero dejar de fumar*).
- **Estadio 5. Decide actuar:** el individuo ha decidido cambiar la conducta.
- **Estadio 6. Acción:** en este estadio, la persona que ha decidido protegerse toma las precauciones necesarias para reducir el riesgo.
- **Estadio 7. Mantenimiento:** finalmente, si es necesario se mantienen las precauciones en el tiempo.

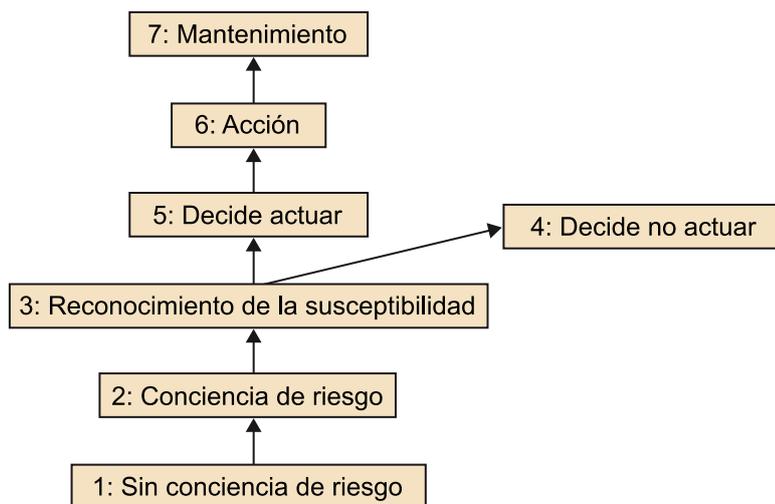


Figura 4. El modelo de adopción de precauciones (Weinstein y Sandman, 1992)

Este modelo se ha aplicado inicialmente a la prevención de la osteoporosis y a la vacunación de la hepatitis B y a testear, desde casa, la cantidad de radón ambiental (Weinstein, Rothman, y Sutton, 1998). La diferencia principal con el TTM es que, en este modelo, el paso de un estadio al siguiente no viene dado por períodos de tiempos, sino por la consecución de acciones concretas.

2. Las principales técnicas de intervención desde el modelo cognitivo-conductual

Basándonos en la propuesta de Gavino (2006), os presentamos una síntesis de las principales técnicas de intervención desde el modelo cognitivo-conductual.

2.1. Técnicas basadas en la información

Se trata de técnicas o estrategias dirigidas a aumentar el conocimiento que la persona tiene sobre un determinado problema, comportamiento o situación. Muchas veces disponer de información sobre algo que nos preocupa es suficiente para modificar nuestro comportamiento. Una mayor comprensión sobre el problema puede hacer que la preocupación sobre este disminuya y sea más fácil aplicar los recursos que estén disponibles para afrontarlo.

Dentro de estas técnicas se incluye la biblioterapia, el suministro de información y la orientación.

La mayor parte de las intervenciones psicológicas, y no sólo las que derivan del modelo cognitivo-conductual, incluyen un componente educativo en el que se proporciona información sobre el problema. A este componente de la intervención se le denomina habitualmente **psicoeducación**.

Psicoeducación

Muchas intervenciones en la Red se basan, únicamente, en el suministro de información sobre salud. Los programas de intervención más complejos, dirigidos a la intervención sobre problemas concretos, también ofrecen un módulo sobre psicoeducación. Por ejemplo, los programas de tratamiento de la ansiedad incluyen un módulo en el que se explica qué es la ansiedad, cuáles son sus síntomas, por qué una persona puede tenerla, cómo se origina, etc.

2.2. Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas (Larroy y De la Puente, 1995)

Se trata de un conjunto de técnicas basadas en las leyes del aprendizaje del condicionamiento operante. Como se recordará, esta ley postula que toda conducta (entendida como pensamiento, emoción o acción) seguida de una consecuencia positiva tiene mucha probabilidad de repetirse, mientras que toda conducta seguida de una consecuencia negativa tiene mucha probabilidad de desaparecer o disminuir.

Este tipo de estrategias se han aplicado, especialmente, en la intervención clínica con niños y adolescentes y también en las intervenciones dirigidas al aumento de la actividad física, la mejora en los hábitos de alimentación, el control de peso, el cese del consumo de tabaco, etc.

Aumentar conductas

Aquellas consecuencias positivas que tienen lugar después de una conducta reciben el nombre de **reforzadores** porque refuerzan la probabilidad de que estas conductas se vuelvan a realizar.

Una conducta se puede reforzar principalmente de dos formas:

- La conducta va seguida de recompensas, sean estas materiales (regalos, dinero, juguetes...), sociales (una sonrisa, un abrazo, un beso...), actividades, y/o fichas o puntos (que se pueden intercambiar por cualquiera de las otras recompensas). Estas recompensas son los **reforzadores positivos**.
- La conducta va seguida de la ausencia o desaparición de una situación desagradable (en el caso de los problemas de alimentación: *cada vez que vomito tras un atracón de comida dejo de sentirme culpable y ansioso por haber comido tanto*). A este tipo de reforzador se le llama **reforzador negativo**.

Tanto el refuerzo positivo como el refuerzo negativo son consecuencias positivas para ese comportamiento, por lo que ayudan a que dicho comportamiento (o pensamiento, sentimiento, acción) se repita.

Conocer cómo aprendemos a comportarnos es útil para entender tanto la aparición y el mantenimiento de los problemas como el modo en que podemos enseñar a la persona a modificar su comportamiento para reducir y/o eliminar dicho problema.

Cómo deben ser los reforzadores:

Los reforzadores materiales y de actividades tienen más capacidad para reforzar conductas que los sociales. Sin embargo, si reforzamos una conducta siempre del mismo modo, el reforzador suele perder su "efecto" con el paso del tiempo. Por ello, se recomienda combinar diferentes reforzadores, y combinar reforzadores materiales y de actividades con reforzadores de tipo social. De este modo, a medida que se vaya consolidando la conducta, iremos retirando los refuerzos materiales y de actividades, y los refuerzos sociales serán los que mantendrán la conducta.

Otros aspectos a tener en cuenta, cuando tratamos de reforzar conductas, son los siguientes:

- El refuerzo debe seguir inmediatamente a la conducta, si no, corremos el riesgo de que la asociación entre la conducta y la recompensa no se produzca. Las promesas y refuerzos a largo plazo son poco eficaces a la hora de estimular el aprendizaje.
- Durante las primeras fases del aprendizaje debemos administrar los refuerzos de manera continua, es decir, cada vez que la persona lleve a cabo la conducta que estamos reforzando.
- Durante los primeros momentos del aprendizaje es conveniente que la persona obtenga mucho refuerzo con muy poca conducta, de modo que le sea fácil obtener la recompensa y entonces se implique en la realización de la conducta.
- Muchas de las conductas que intentamos enseñar son muy complejas. Es necesario que descompongamos la conducta a aprender en diferentes fases y que vayamos reforzando la consecución de cada una de estas fases, en lugar de esperar a que se realice en su totalidad.

Como veremos más adelante, en las intervenciones por medio de la Red los reforzadores se suelen aplicar a partir del registro de la conducta a modificar y del *feedback* que el usuario del programa recibe a través de mensajes más o menos personalizados cada vez que realiza un ejercicio, concluye un módulo o consigue una mejora en el comportamiento a modificar.

Disminuir conductas

Existen dos modos de reducir una conducta: a la conducta le siguen consecuencias negativas, o a la conducta no le sigue ninguna consecuencia. El primer procedimiento se denomina **castigo**, y el segundo, **extinción**.

1) Procedimiento de castigo:

¿Cómo podemos castigar una conducta? Se puede hacer de dos formas: a la conducta a reducir le sigue una conducta desagradable o no deseada (*por ejemplo, si un niño no hace los deberes el profesor le suspende*) o bien a la conducta a reducir le sigue la retirada de una recompensa (*si un niño se porta mal no puede jugar con su juego favorito*).

Para que este procedimiento tenga un resultado efectivo, hay que tener en cuenta una serie de consideraciones:

- La persona ha de tener algo para retirar. Debe tener una reserva de reforzadores que iremos retirando a medida que incumpla nuestras instrucciones (juguetes, tiempo de ver la televisión, dinero, fichas, determinados privilegios, etc.).

- Se debe especificar de forma clara a la persona cuál será la magnitud del coste de respuesta. Por ejemplo: "*Cada vez que llegues tarde, me darás 50 céntimos de la paga*".
- Parece ser que cuanto más elevado es el coste de respuesta, más eficaz es el castigo.
- Debe aplicarse siempre e inmediatamente después de la conducta no deseada.
- Se aplicará siempre conjuntamente reforzando la conducta deseable.

2) Procedimiento de extinción:

Este es un procedimiento muy eficaz para reducir o eliminar problemas especialmente de comportamiento en los niños. Muchas de las conductas negativas de los niños se ven reforzadas por la atención que les prestan los demás, ya sea en forma de contacto ocular, muecas, o incluso sermones, explicaciones, etc. Por tanto, si retiramos este refuerzo, es esperable que poco a poco vaya desapareciendo esta conducta.

3) Un sistema diferente: el tiempo fuera o de aislamiento:

El tiempo fuera consiste en sacar a la persona de la situación que le está reforzando y trasladarlo a un lugar donde no exista la posibilidad de obtener reforzamiento. Por ejemplo, cuando un niño se porta mal, en vez de castigarlo se le lleva a un espacio aburrido y aislado donde no pueda recibir ningún reforzamiento.

Basándose en estas sencillas estrategias, se han desarrollado **diferentes técnicas para aumentar o reducir conductas** (Gavino, 2006):

Moldeamiento: consiste en el reforzamiento sistemático de las aproximaciones sucesivas a la conducta deseada, y la extinción de las aproximaciones a la conducta no deseada. Para ello, se debe descomponer la conducta a instaurar en diferentes pasos o fases y seleccionar una serie de reforzadores para ir aplicando a medida que se va realizando la conducta deseada.

Encadenamiento: similar a la anterior, se aplica en el caso de instaurar una cadena o serie de conductas.

Control de estímulos: se trata de eliminar o controlar aquellos estímulos que estén provocando o impidiendo la ejecución de una conducta determinada, la cual se pretende suprimir o implantar en el repertorio de la persona (por

ejemplo, en personas con problemas de insomnio, controlar aquellos estímulos que excitan la actividad o bien que dificultan la aparición y/o mantenimiento del sueño).

Economía de fichas: los reforzadores son fichas o puntos que la persona puede canjear por algún reforzador que le guste (actividad, material). Cada vez que la persona realiza la conducta o conductas deseadas, obtiene una ficha. Esta estrategia se utiliza frecuentemente con niños.

Coste de respuesta: consiste en la retirada de algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta que se pretende eliminar. Normalmente, esta estrategia se aplica combinada con la economía de fichas.

Práctica masiva: es un procedimiento paradójico que consiste en repetir la conducta que se desea reducir de forma masiva, o bien proporcionando el reforzador que la mantiene de forma masiva. De este modo, se pretende hacer perder el valor de recompensa de la propia conducta (por ejemplo, fumar) o del reforzador que la mantiene. Esta técnica se ha aplicado en el tratamiento de los tics, el tartamudeo y la conducta de fumar, entre otros.

Sensibilización encubierta: consiste en la presentación de un estímulo aversivo imaginario inmediatamente después de la ocurrencia, también imaginada, de una conducta que se desea eliminar. Esta técnica se suele utilizar en aquellas ocasiones en las que no es adecuado o posible llevar a cabo la intervención en una situación real.

2.3. Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad

Este conjunto de técnicas tiene como objetivo común y final reducir la ansiedad, y se suelen aplicar en combinación entre ellas y con otras técnicas, como el entrenamiento en solución de problemas, y técnicas cognitivas, como la reestructuración cognitiva, para el abordaje de, principalmente, los problemas de ansiedad.

Entrenamiento en respiración controlada: procedimiento encaminado a la desactivación o reducción de la ansiedad a través de la respiración diafragmática o abdominal de forma pausada.

Entrenamiento en relajación: existen diferentes procedimientos de relajación; los más conocidos son la relajación muscular progresiva de Jacobson y la relajación autógena.

Desensibilización sistemática: esta técnica se aplica especialmente en el tratamiento de los problemas de ansiedad, en concreto del componente fisiológico de la ansiedad. Se debe elaborar una jerarquía de situaciones que producen ansiedad y ordenarlas de mayor a menor grado de la misma. Después, se entrena a la persona en alguna técnica de relajación. Posteriormente, se combina

la presentación de cada una de las situaciones de la jerarquía con la práctica de la relajación, con el objetivo de que disminuya el grado de ansiedad asociado a cada situación ansiógena. Normalmente, este procedimiento se aplica en la imaginación, aunque también puede realizarse desensibilización sistemática en vivo.

Exposición: se trata de exponer a la persona a aquella/s situación/es que generan ansiedad de forma gradual, es decir, el sujeto se expone a una situación que le genera poca ansiedad en primer lugar, y gradualmente va exponiéndose a situaciones cada vez más ansiógenas, mientras recibe un refuerzo positivo contingente a cada exposición.

Inundación: consiste en la exposición prolongada a estímulos ansiógenos para el sujeto, impidiendo que se produzca la evitación de la situación. Es una modalidad de exposición en vivo de larga duración; normalmente se expone a la persona a situaciones generadoras de elevados niveles de ansiedad, por lo que habitualmente no se utiliza, y se opta por la exposición gradual a las situaciones ansiógenas.

Prevención de respuesta: se expone a la persona a situaciones o estímulos que provocan las compulsiones o rituales sin permitirle que realice dichas compulsiones o rituales, con el objetivo de que se habitúe a los niveles de ansiedad hasta conseguir reducirla. Se aplica muy especialmente en el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo.

2.4. Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas

Se trata de un procedimiento encaminado a dotar a la persona de recursos para poder afrontar y solucionar un problema. Se entrena a la persona en estrategias para delimitar un problema, examinar las alternativas de respuesta, seleccionar la más adecuada y poner en práctica dicha solución.

2.5. Técnicas cognitivas

El procedimiento “estrella” de la terapia cognitiva es la técnica conocida como **reestructuración cognitiva**. Esta técnica persigue el análisis de los pensamientos distorsionados o negativos y su sustitución por otros más adaptativos o positivos. Para ello, se sigue un proceso de cuestionamiento de la validez, utilidad y creencia en estos pensamientos y se desarrollan nuevas formas de ver la situación.

Esta técnica se usa muy especialmente en el tratamiento de los estados depresivos.

2.6. Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés

Programa de autocontrol/autorregulación (*self-monitoring*)

Se trata de un paquete de técnicas que persiguen la disminución de las conductas que, si bien a corto plazo son reforzantes, tienen consecuencias negativas a largo plazo. El primer paso de este programa es establecer un contrato o compromiso de cambio con el terapeuta. El segundo paso es establecer los objetivos de cambio (*goal setting*). El siguiente es planificar el control de estímulos. Finalmente, se establece una programación conductual, es decir, se planifica qué conductas se van a llevar a cabo y cómo se van a reforzar.

Este paquete de técnicas se utiliza con frecuencia en el abordaje de problemas de alimentación, conductas adictivas, hábitos de estudio, depresión y problemas de ansiedad, entre otros.

Entrenamiento en habilidades sociales

Se trata de un paquete de técnicas que suele ser un componente esencial en el tratamiento de la ansiedad y la depresión, así como de otros problemas psicológicos. Las técnicas que se incluyen derivan de la teoría del aprendizaje social, según la cual la mayoría de nuestro comportamiento se aprende a partir de la observación del comportamiento de otras personas que actúan de modelos de conducta a seguir. Este tipo de aprendizaje facilita la adquisición de nuevas conductas, la reactivación de otras que se realizaban con menor frecuencia y la modificación de conductas inadecuadas.

Partiendo de esta conceptualización del aprendizaje de nuestro comportamiento, el entrenamiento en habilidades sociales va encaminado a la instauración en el repertorio del sujeto de formas de actuación más adecuadas a partir de las **autoinstrucciones** y del **modelado**, técnica en la que una persona, generalmente el terapeuta, actúa de modelo a seguir para enseñar el nuevo comportamiento.

Entrenamiento en inoculación del estrés

Se trata de un paquete de técnicas que dotan a la persona de estrategias y recursos para afrontar el estrés. Incluye técnicas de reducción de la ansiedad, como la relajación o la respiración, la resolución de problemas, la reestructuración cognitiva, etc.

3. Integración: intervención psicológica en línea. Aplicación de los principios teóricos y de las técnicas en la Red

El término *e-health* hace referencia a la relación entre las tecnologías de la información y la comunicación y la salud. Como comentaremos en el siguiente módulo, la Red se convierte en un escenario adecuado para buscar información sobre salud, recibir orientación y ayuda por parte de profesionales y/o usuarios que comparten las mismas preocupaciones o dificultades y llevar a cabo intervenciones dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. El nuevo medio crea nuevas formas de comunicación entre sus usuarios. La información que se proporciona debe ser ágil, visual, directa.

En este contexto, cabe preguntarse si es necesario hacer un nuevo planteamiento de los modelos teóricos que se utilizan en la práctica cotidiana para poder aplicarlos en Internet, si hay que tener en cuenta las formas de comunicación del contexto e introducir elementos de comunicación persuasiva, o si hay que hacer énfasis en nuevas variables como herramientas que faciliten la toma de decisiones (Hernández y Zúñiga, 2007).

Desde nuestro punto de vista, los modelos teóricos que sirven de base de las intervenciones que se llevan a cabo en la Red deben tener presente las características particulares de este nuevo escenario.

En este sentido, el modelo de Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev y Gonder-Frederick (2009) es una propuesta integradora de teorías procedentes de diversas disciplinas, como la psicología, el marketing y la comunicación persuasiva y la informática, que pretende explicar el cambio del comportamiento a través de la Red. Este modelo incluye, entre sus elementos:

- **Características del usuario:** personalidad, creencias, actitudes y habilidades.
- **Ambiente o contexto:** el contexto micro y macrosocial en el que se mueve el usuario y la aplicación web.
- **La aplicación web (*website*):** los elementos de la aplicación web que influyen en el cambio de comportamiento son: la apariencia del programa, las prescripciones conductuales que se establecen con el usuario (contratos, instrucciones escritas, etc.), las dificultades y barreras para el uso del programa (la duración, usabilidad, falta de habilidad por parte del usuario en el manejo del programa), el contenido, el modo en que se lleva a cabo

la intervención (a través de texto, vídeo, audio, etc.), el tipo de mensaje, la participación o interactividad de la web y la evaluación que se lleva a cabo.

- **El uso de la web:** está determinado por las características del usuario, los factores ambientales, las características de la aplicación web y el apoyo por parte de un experto a través de e-mails, contactos telefónicos o encuentros presenciales. Todos estos elementos determinan la adherencia del usuario al programa (el seguimiento que el usuario realiza de la intervención) que, como veremos en el tercer módulo de esta asignatura, es una de las áreas de evaluación de la intervención más importantes en este ámbito.
- **Los mecanismos de cambio:** se refiere a las técnicas de modificación de conducta concretas que se aplican en el programa, e incluye el repertorio de técnicas y estrategias que hemos descrito en el punto 1.2 de este módulo.
- **El cambio en el comportamiento:** hace referencia a las conductas a modificar o instaurar a partir de la intervención.
- **La mejora del síntoma:** hace referencia a los síntomas motivo de consulta, que mejoran a partir del cambio en el comportamiento. Por ejemplo, en el tratamiento de la obesidad (el síntoma), el establecimiento de pautas de ejercicio físico y de una adecuada alimentación son las conductas a modificar sobre las que incidirá el programa de intervención.
- **El mantenimiento del cambio:** se trata de estrategias de prevención de recaídas para mantener la consecución de los cambios más allá de la intervención.

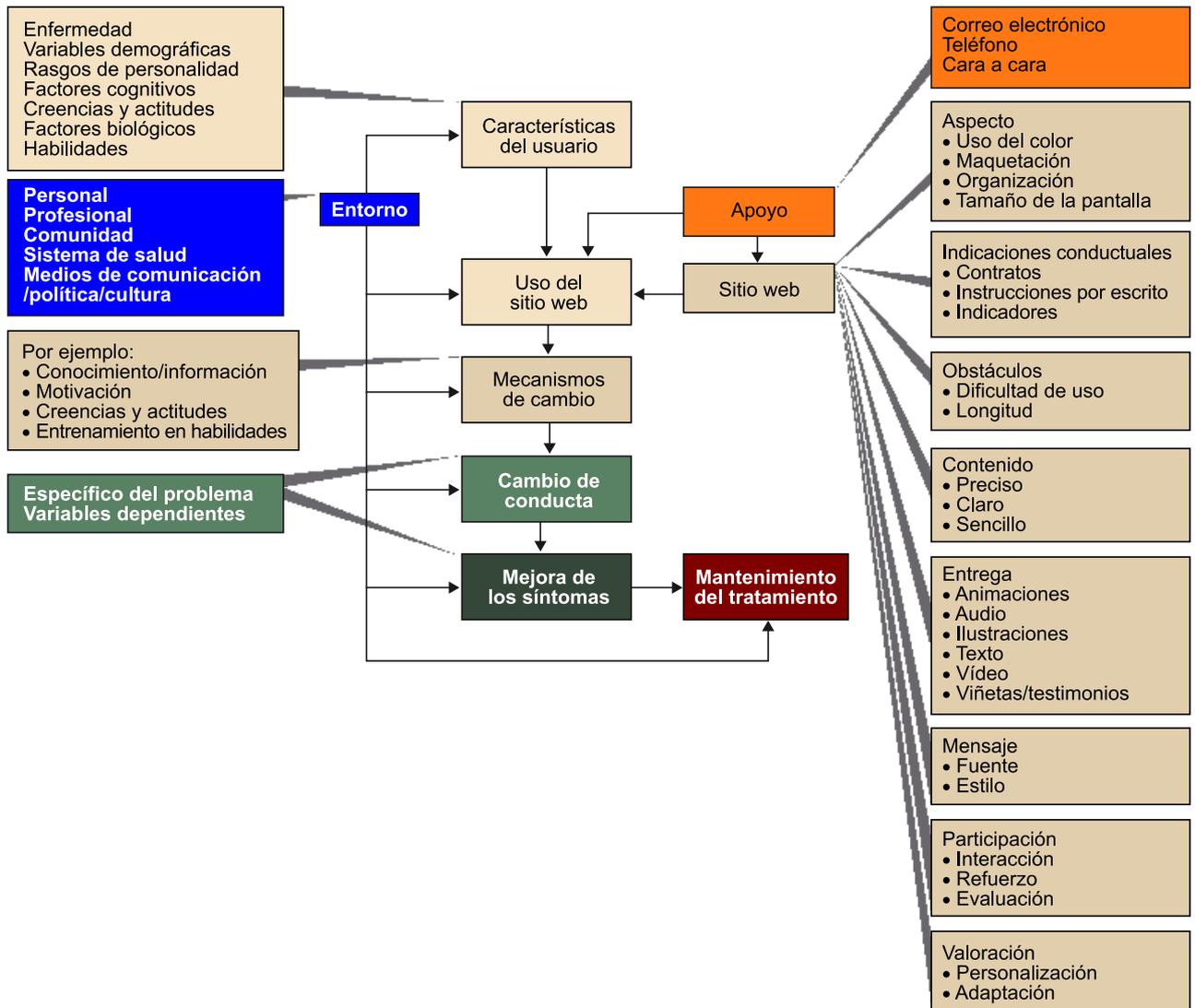


Figura 5. Modelo de intervenciones por Internet
 Fuente: traducido de Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev y Gonder-Frederick, 2009

Otro ejemplo de aplicación en la Red de un modelo teórico es el *E-health Behavior management Model* (Bensley et al., 2004), modelo de promoción de la salud que integra el modelo transteórico y la teoría del comportamiento planificado y que incorpora, como elemento distintivo, la comunicación persuasiva.

En este modelo se crea un contexto de comunicación entre el usuario y el ordenador que promueve el cambio de comportamiento teniendo en cuenta los estadios de cambio del modelo transteórico.

El programa, en base a las respuestas del usuario, lo sitúa en uno de los estadios de cambio y le suministra información personalizada con el objetivo de aumentar su nivel de autoeficacia y potenciar la toma de decisiones sobre el cambio de comportamiento. El algoritmo subyacente sigue una estructura de árbol de decisiones, y funciona como una herramienta diagnóstica que va determinando en cada momento el nivel de preparación para el cambio del sujeto (ver figura 6).

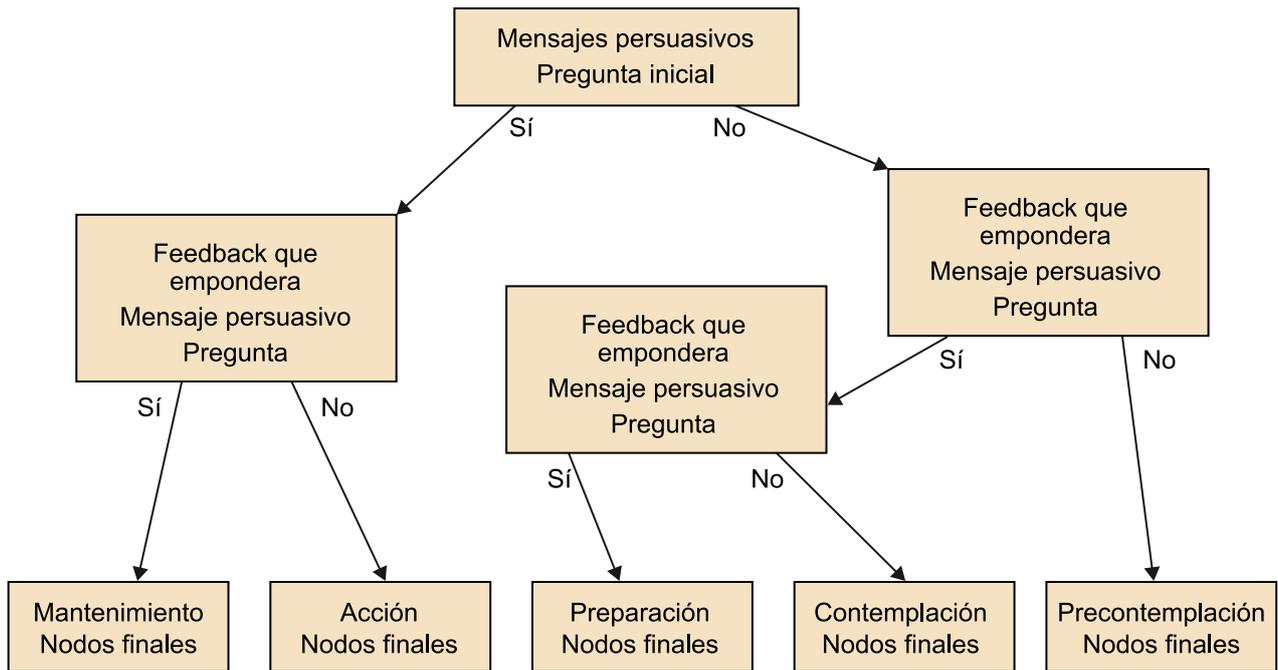


Figura 6. Algoritmos del E-health Behavior Management Model

Este modelo se ha aplicado con éxito en la modificación de conductas de riesgo, como por ejemplo la adopción de una dieta saludable en la infancia, el manejo de enfermedades crónicas como el asma y en la prevención de la transmisión del VIH.

4. Bibliografía

1) Referencias

Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Ed.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Nueva York: Springer.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.

Ajzen, I., y Madden, T. J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 22, 453-474.

Amigo, I., Fernández, C., y Pérez, M. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Pirámide.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bensley, R. J., Mercer, N., Anderson, J., Kelleher, D., Bruski, J. J., Underhile, R., Rivas, J., Lupella, M., y De Jager, A. C. (2004). The eHealth Behavior Management Model: A Stage-based Approach to Behavior Change and Management. *Preventing Chronic Disease*, 1, A14.

DiClemente, R. J., Crosby, R. A., y Kegler, M. C. (Eds.). (2002). *Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health*. San Francisco: Jossey-Bass, John Wiley & Sons.

Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison Wesley.

Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

Hernández, E., y Gómez-Zúñiga, B. (2007). Una aproximación a la intervención en salud en la Red. En *Intervención en salud en la Red*. UOC Papers [artículo en línea], 4. UOC.

Larroy, C., y De la Puente, M. L. (1995). *El niño desobediente*. Madrid: Pirámide.

Pastor, Y., Balaguer, I., y García-Merita, M. L. (1999). Teorías y modelos en el estudio del estilo de vida saludable. En Y. Pastor, I. Balaguer y M. L. García-Merita, *Estilos de vida y salud*. (pp. 57-80). Valencia: Albatros.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change in smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.

Prochaska, J. O., y DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of change*. Homewood, IL: J. Irwin.

Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B. P., y Gonder-Frederick, L. A. (2009). A behavior change model for Internet Interventions. *Annals of Behavioral Medicine*, 38, 18-27.

Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 217-242). Washington, DC: Hemisphere.

Schwarzer, R. (2008). Models of health behavior change: Intention as mediator or stage as moderator? *Psychology and Health*, 23, 259-263.

Schwarzer, R., Schüz, B., Ziegelman, J. P., Lippke, S., Luszczynska, A., y Scholz, U. (2007). Adoption and maintenance of four health behaviors: Theory-Guided Longitudinal Studies on Dental Flossing, Seat belt Use, Dietary Behavior, and Physical Activity. *Annals of Behavioral Medicine*, 33, 156-166.

Sniehotta, F. F., Scholz, U., y Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behavior gap: Planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology and Health*, 20, 143-160.

Valiente, L. (2005). Material de la asignatura *Salud y redes* del doctorado de la Sociedad de la Información y la Comunicación de la UOC.

Vallejo, M. A., Jordán, C., Mañanes, G., Andrés, A., Comeche, M. I., y Díaz, M. I. (2007). Clinical psychology offers in the internet in Spain. *Computers in Human Behavior*, 23, 2133-2143.

Villamarín, F., y Limonero, J. T. (2007). Motivació. En J. T. Limonero, y D. Casacuberta. *Cognició i emoció*. Barcelona: Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya.

Weinstein, N. D., Rothman, A. J., y Sutton, S. R. (1998). Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17, 290-299.

Weinstein, N. D., y Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. *Health Psychology*, 11, 170-180.

West, R. (2006). Theory of addiction. *Addiction Press*. Oxford: Blackwell Publishing.

2) Lecturas obligatorias

Para trabajar este módulo, debéis completar la lectura de la guía con la lectura en profundidad de estos tres documentos:

Gavino, A. (2006). *Guía de técnicas de terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

(Lectura obligatoria apartado 2).

Se trata de un libro sencillo y de carácter práctico en el que se explican con detalle cada una de las técnicas de intervención cognitivo-conductuales que se han descrito en el apartado 2 de la guía. El interés de esta lectura radica en que señala, aparte de la descripción de cada técnica, elementos clave para su puesta en práctica como el procedimiento a seguir para aplicarla, las características del terapeuta y del cliente que favorecen o entorpecen la aplicación de la técnica y las principales dificultades que pueden aparecer durante la aplicación de la misma; además, ofrece soluciones a estos problemas.

Labrador, F. J., Cruzado, J. A. y Muñoz, M. (2005). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 372-390). Madrid: Pirámide.

(Lectura obligatoria apartado 2).

En estas páginas, se describen en profundidad la técnica de relajación aplicada, la relajación autógena y técnicas de control de la respiración.

Ritterband, L. M., Thorndike, F. P., Cox, D. J., Kovatchev, B. P. y Gonder-Frederick, L. A. (2009). A behavior change model for Internet Interventions. *Annals of Behavioral Medicine* 38, 18-27.

(Lectura obligatoria apartado 3).

Este artículo describe el modelo de cambio de comportamiento para las intervenciones a través de la Red propuesto por Ritterband et al. (2009), y constituye un claro ejemplo de integración de las teorías y modelos expuestos en este módulo con otras procedentes de otras disciplinas como la informática y

la comunicación. A diferencia de los modelos y teorías expuestos con anterioridad en el módulo, este modelo no es una aplicación de la teoría tradicional a la Red, sino que surge dentro de la SIC para dar respuesta a su especificidad como contexto de intervención psicológica.

3) Material complementario

Para los modelos de psicología de la salud:

León, J. M. y Medina, S. (Eds.). (2002). *Psicología Social de la Salud, fundamentos teóricos y metodológicos*. Sevilla: Comunicación Social Ediciones y Publicaciones.

León, J. M., Ballesteros, A. M., Barriga, S., y Medina, S. (2003). *Psicologia de la salut i la qualitat de vida*. Barcelona: Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya.

Para las técnicas cognitivo-conductuales:

Aguilera, A., Jarque, L., Miró, J., Pacheco, M., Pubill, M. J., Talarn, A., y Tuset, A. (2009). Intervencions conductuals. // Intervencions cognitives. En A. G. Feixas (Ed.), *Materials de l'assignatura de tècniques d'intervenció i tractament psicològic I* (módulo 3). Barcelona: Ediuoc.

Olivares, A. J. y Méndez, F. X. (Eds.). (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Nezu, A. M. (2004). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*, 35, 1-33.

Labrador, F. J., Cruzado, J. A., y Muñoz, M. (Eds.) (2005). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.