

Desensibilización

sistemática

Contenido del seminario que sobre la técnica de Desensibilización Sistemática (DS) ha realizado la Comisión de Análisis y Terapia Comportamental y Cognitiva

Se parte de una revisión del concepto de ansiedad, centrándose en la concepción actual de ésta como un concepto tridimensional de respuestas: motoras, cognitivas y fisiológicas. Desde esta perspectiva, pueden clasificarse las técnicas conductuales de reducción de la ansiedad en virtud del tipo de respuesta que intentan modificar.

Entre los tratamientos con mayor enfoque fisiológico, se profundiza en la DS como uno de los más conocidos y de eficacia suficientemente probada frente a otras formas de psicoterapia (aunque existen dudas en su confrontación con otras técnicas conductuales de tratamiento de la ansiedad). Se analizan las bases teóricas y experimentales de la DS, partiendo del modelo original de Wolpe (que explica la técnica por el mecanismo de Inhibición Recíproca) para llegar a modelos alternativos tales como el de *habitación máxima* (Lader y Mathews) y el de *habitación dual* (Watts).

Finalmente, se analizan detalladamente los aspectos prácticos de la aplicación del tratamiento, describiendo cada uno de sus momentos y componentes (construcción y presentación de jerarquías y entrenamiento en relajación).

Realizado por:

PILAR ARRIBAS SAIZ
ANTONIO BELDA MAS
DANIEL SALVADOR BENITEZ FOS
M.^a ANGELES MARTINEZ ESTEBAN
J. JOAQUIN MARTINEZ SANCHEZ

I. INTRODUCCION: EL MODELO TRIDIMENSIONAL DE ANSIEDAD

El concepto de ansiedad ha sido tradicionalmente definido con extrema vaguedad, apareciendo tanto para designar un tipo de comportamiento, un rasgo de personalidad o como causa o explicación de una conducta.

En un intento de objetivar la evaluación de la ansiedad, la consideración conductual la concibe, primeramente, como una respuesta emocional condicionada, de carácter aversivo, relacionada con el constructo motivacional de *drive* o impulso, y la equipara al concepto de miedo. No obstante, la ansiedad se considera referida únicamente a la respuesta, mientras que el miedo implicaría también a los estímulos productores de dicha respuesta. En este contexto, la ansiedad sería una respuesta emocional normal, sólo considerada como inadaptativa cuando se produjera con excesiva frecuencia o intensidad, o asociada a estímulos que no suponen un peligro o amenaza real para el organismo.

Esta concepción, importante en los primeros momentos de desarrollo de los tratamientos conductuales, ha sufrido cambios sustanciales en los últimos años, coincidiendo con la reciente incorporación en los estudios experimentales de los aspectos subjetivos y cognitivos, anteriormente desatendidos debido a su carácter interno y mentalista. Actualmente se considera la ansiedad como un concepto tridimensional que comprende tres sistemas de respuesta y es, consecuentemente, evaluable a través de tres canales. El primer canal es la *conducta motora*, observable tanto como consecuencia de una excitación fisiológica creciente (temblor, excita-

ción psicomotriz...) como un medio de evitación de una determinada estimulación. El segundo canal es el *cognitivo*, en el que el sujeto informa de su grado de ansiedad tanto informalmente (conversación) como formalmente (mediante cuestionarios, escalas o tests). El tercer canal lo constituye la *excitación fisiológica* (que implica la activación de la respuesta simpática del sistema nervioso autónomo), exhibida mediante cambios en la presión sanguínea, pulso, tensión muscular...

Desde esta perspectiva, las técnicas conductuales de reducción de la ansiedad pueden diferenciarse y clasificarse en función del tipo de componente que intentan modificar. Entre los tratamientos que tienen un mayor enfoque conductual se encuentran la *práctica reforzada* y el *entrenamiento en habilidades sociales*. Entre los que





tienen un mayor enfoque cognitivo destacan la *reestructuración cognitiva*, la *inoculación al «stress»* y las técnicas de *autoinstrucción*. Por su parte, entre los tratamientos que tienen un mayor enfoque fisiológico encontramos la *desensibilización sistemática*, las técnicas de *exposición e inundación* y las técnicas de *biofeedback*.

En este trabajo nos centraremos en el estudio del tratamiento de la ansiedad por *Desensibilización Sistemática (DS)*, introducido y desarrollado por Wolpe en 1958 y que, en la actualidad, reúne un amplio número de investigaciones clínicas y experimentales que han permitido demostrar su efectividad frente a otros tipos de tratamiento de la ansiedad, tales como el no tratamiento, el tratamiento placebo u otras formas tradicionales de psicoterapia. No obstante, es cuestionable su superioridad frente a otras técnicas conductuales de tratamiento de la ansiedad (*modeling* participativo, *práctica reforzada*, etcétera), debido a la ausencia en prácticamente la totalidad de

los trabajos comparativos de una adecuada evaluación de los componentes de la ansiedad de acuerdo al modelo tridimensional anteriormente expuesto.

II. BASES TEÓRICAS Y EXPERIMENTALES DE LA DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA

- Interpretación de Wolpe: Modelo de *contracondicionamiento por Inhibición Recíproca*.

Para Wolpe el mecanismo explicativo de la *Desensibilización Sistemática (DS)* es el *contracondi-*

cionamiento por Inhibición Recíproca, lo que implica considerar la *neurosis* como un patrón de respuesta *inadaptada aprendida*. Identifica la *neurosis* con la *ansiedad* («*neurosis* es todo hábito de conducta *inadaptada* adquirida mediante aprendizaje en un organismo normal, siendo la *ansiedad* el constituyente principal de tales conductas» —Wolpe, 1981—) y ésta, a su vez, la considera como pautas de conducta de respuesta *autonómica* que constituyen una parte característica del organismo ante los estímulos nocivos.

Wolpe postula el *contracondicionamiento por Inhi-*

bición Recíproca como un mecanismo de modificación de los hábitos *neuróticos* mediante la sustitución de una respuesta aprendida por otra: «Si una respuesta *antagónica* de la *ansiedad* es evocada en presencia de los estímulos *ansiógenos*, de tal forma que se produce la *suspensión total o parcial* de las respuestas de *ansiedad*, se producirá un *debilitamiento* de los lazos *asociativos* entre los estímulos *ansiógenos* y las respuestas de *ansiedad*.»

Wolpe resalta la existencia de tres tipos de respuesta *antagónica* de la *ansiedad* que resultan eficaces en el tratamiento de ésta: respuestas *asertivas*, sexuales y de *relajación* (Wolpe, 1981). Este antagonismo lo explica en base a principios fisiológicos: la *ansiedad* resulta de la *activación* del sistema nervioso *autónomo simpático*, mientras que las respuestas *asertivas* (entre las que destaca la *manifestación* de sentimientos de ira), las sexuales y las de *relajación* resultan de la *activación* del *parasimpático*.

El empleo terapéutico de estas respuestas es diferente según la naturaleza u origen de la *ansiedad*: las respuestas *asertivas*

tendrán eficacia en los casos en que la neurosis provenga de las relaciones interpersonales; las sexuales lo serán en aquellos casos en los que la ansiedad se origine en un contexto social —Wolpe destaca su importancia en trastornos tales como la impotencia, la eyaculación precoz o la frigidez—, y las respuestas de relajación —que constituyen la base de la técnica de la DS— lo son en una amplia gama de trastornos fóbicos en los que la constelación de estímulos ansiógenos desencadenantes esté claramente definida.

El principio de contraindicación por Inhibición Recíproca exige que la respuesta incompatible con la ansiedad sea de mayor magnitud que ésta, a fin de poder disolver la asociación entre estímulo fóbico y respuesta de ansiedad (Wolpe, 1979). Ello explica que en la aplicación técnica de la DS los estímulos fóbicos sean presentados en forma gradualmente creciente durante el estado de relajación.

La explicación de Wolpe sobre los efectos inhibitorios de la relajación en las respuestas de ansiedad exige demostrar que:

a) Tanto la relajación como la jerarquía graduada de ítems de estimulación son componentes indispensables de la técnica.

b) La relajación tiene efectos inhibitorios sobre las respuestas fisiológicas ante los estímulos fóbicos.

Algunos experimentos contradicen estas condiciones al demostrar que:

— Procedimientos de DS han resultado eficaces comenzando por los ítems superiores de la jerarquía (los que generan una mayor ansiedad).

— Se ha conseguido desensibilizar a un sujeto en estado de tensión muscular (Wolpe, 1979).

— Se ha tratado con

éxito a un paciente aquejado de fobia a las serpientes bajo condiciones «vicarias»: el sujeto acudía a las sesiones de DS como espectador de otro sujeto que padecía la misma fobia.

— En un experimento, diseñado para probar la hipótesis de Wolpe de que la ansiedad es simplemente un estado elevado de actividad nerviosa simpática, se inyectó epinefrina (sustancia inductora de un estado equivalente al de la actividad simpática), suponiendo que se produciría un incremento de la ansiedad. Pero no fue así, los resultados demostraron que la actividad simpática no causa un estado de emoción —como la ansiedad—, aunque se estableció que, una vez que circunstancias externas causan este tipo de emo-

ción, la actividad simpática exaltada tiende a mantener y ampliar ese estado (Mayor, J. y Labrador, F. J., op. cit.).

Estas experiencias, cuyos resultados contradicen los supuestos básicos que según Wolpe explican la DS, han hecho aparecer explicaciones teóricas alternativas:

• Modelo de *Habitación Máxima*, de Lader y Mathews.

Según estos autores, la disminución observada en la magnitud de las respuestas autonómicas ante la presentación repetida de las situaciones fóbicas es debida a un proceso de habituación que es maximizado por el estado de relajación. La relajación produce una disminución en el nivel de actividad general que facilita la habi-

tación (Mayor, J. y Labrador, F. J., op. cit.).

• Modelo de *Habitación Dual*, de Watts.

Sugiere que la DS es eficaz en la reducción de la ansiedad porque sus componentes —relajación muscular, presentación graduada de estímulos y tiempo breve de exposición de éstos— afectan el proceso de sensibilización de los mismos, disminuyendo su influencia, junto al proceso de habituación para incrementar la tasa de decremento de la respuesta observada.

Este modelo explica, además de la eficacia de la DS, la de otras técnicas de reducción de la ansiedad opuestas a ésta, como las de inundación —que no utilizan relajación y presentan estímulos ansiógenos de alta intensidad durante períodos prolongados de tiempo (Mayor, J. y Labrador, F. J., op. cit.).

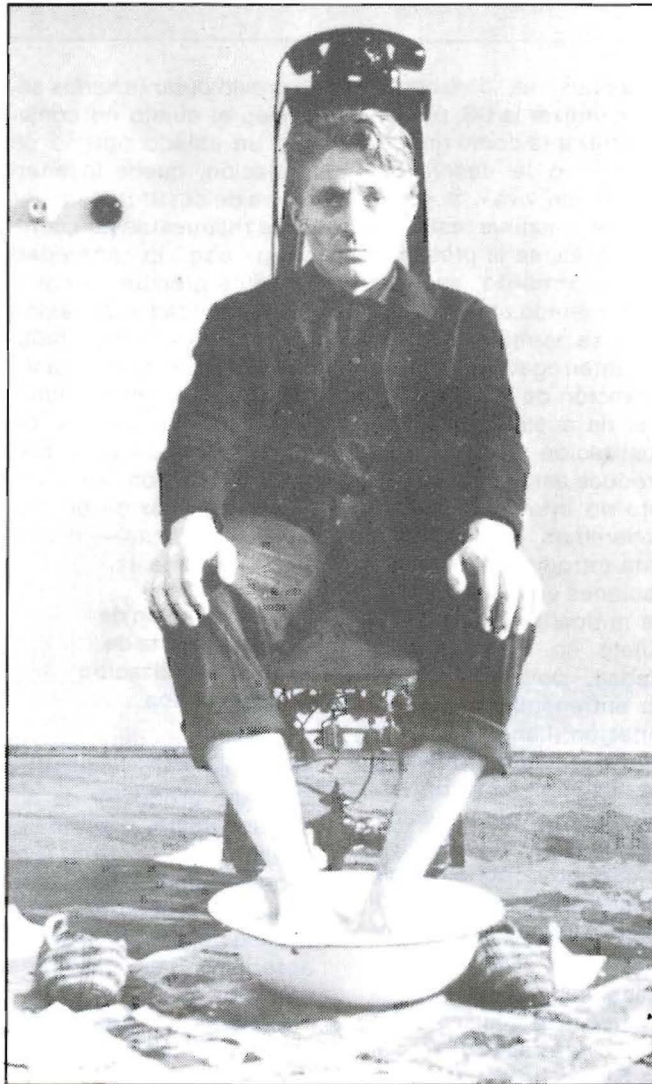
III. ASPECTOS PRACTICOS DE LA DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

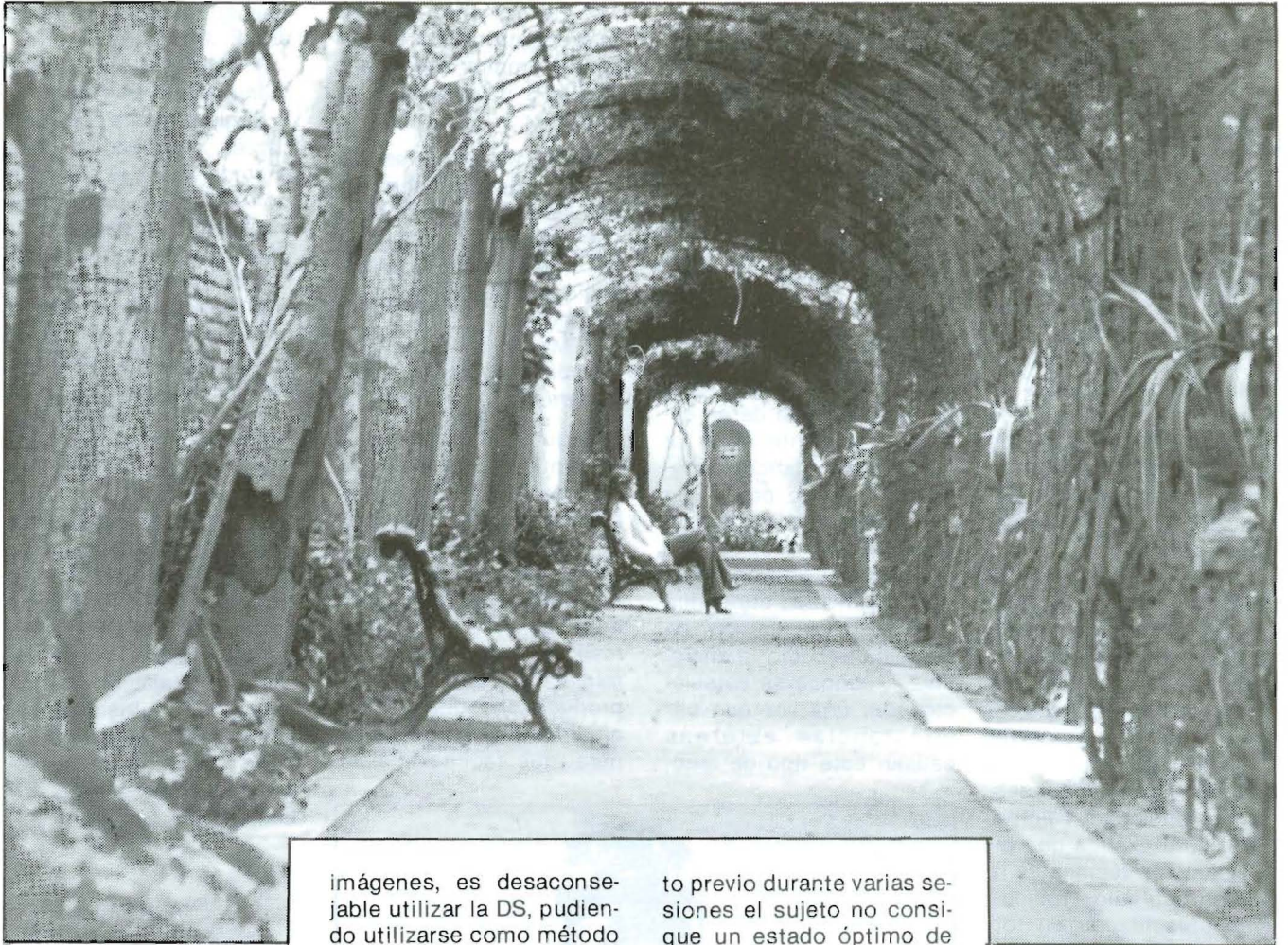
1. Condiciones para la aplicación de la DS

a) El canal a través del cual se manifieste la ansiedad han de ser las respuestas fisiológicas.

b) La ansiedad ha de ser irracional; es decir, hay que cerciorarse de que el sujeto posee las habilidades suficientes para enfrentarse con lo que teme, pero la ansiedad le hace evitar la situación, o bien decrementar su actuación a un nivel por debajo del suyo actual de habilidad. Así pues, hay que distinguir esta ansiedad irracional del miedo, que se definiría como una carencia de habilidades para hacer frente a la situación o por las consecuencias realmente peligrosas que entrañaría ésta, y en el que no sería apropiada la aplicación de la DS.

Determinar el carácter de la ansiedad queda en manos del terapeuta, que





puede ayudarse del interrogatorio o bien pedir al sujeto que «represente» cómo se enfrentaría a dicha situación.

c) La eficacia de la DS se ha demostrado en los casos en que existe un número relativamente bajo de fobias y se ha constatado que los estímulos fóbicos son muy específicos.

Los métodos cognitivos han demostrado ser más eficaces en los casos en que el número de fobias es mayor, y en los casos de «ansiedad flotante» —en la que los estímulos fóbicos son inespecíficos— resultan más eficaces las técnicas de *biofeedback*.

d) Un requisito fundamental para la aplicación de la DS es que el sujeto tenga capacidad de imaginar escenas. Para averiguarlo se le presentan varias veces escenas familiares, pero sin contenido emocional. Si el sujeto no es capaz de visualizar las

imágenes, es desaconsejable utilizar la DS, pudiendo utilizarse como método alternativo la desensibilización «en vivo». Si es capaz de imaginar estas situaciones, se le presentan posteriormente escenas de contenido atemorizante y de se termina, a través del interrogatorio y la observación de signos externos de ansiedad, si la visualización es clara y si produce ansiedad. Si el sujeto no informa ansiedad, deberemos comprobar si está introduciendo modificaciones en la escena a fin de mitigarla. Si aun así el sujeto no manifiesta ansiedad, podemos utilizar un entrenamiento en imaginación (Lang propone el «modelo bioinformacional de imágenes mentales», que postula que la reactividad fisiológica depende de la estructura de la imagen y que ésta se puede modificar entrenando al sujeto).

e) Otra condición indispensable para la aplicación de la técnica es que el sujeto sea capaz de relajarse. Si tras un entrenamien-

to previo durante varias sesiones el sujeto no consigue un estado óptimo de relajación, queda la alternativa de sustituir ésta por otras respuestas que compitan con la ansiedad —Wolpe propone la comida, asertividad, respuestas sexuales...—, o bien inducir a la relajación mediante métodos indirectos: fármacos —tranquilizantes de efectos inmediatos y breves, inhalación de una mezcla de bióxido de carbono y oxígeno— o mediante la hipnosis.

2. Planificación de un programa de Desensibilización Sistemática

La DS consiste en un enfrentamiento paulatino al objeto productor de ansiedad, unido a estimulación positiva —generalmente relajación muscular profunda— y, en el caso de los niños, con el agregado de imágenes emotivas positivas.

Consiste en tres aspectos fundamentales y paralelos:

1.º Construcción de una jerarquía en los ítems generadores de ansiedad.

2.º Entrenamiento del sujeto en relajación muscular.

3.º Búsqueda de imágenes positivas y refuerzos.

En una entrevista preliminar debe explicársele al paciente, en términos de las leyes del aprendizaje, en qué consiste una reacción evitativa ante una situación fóbica y que ésta —entendida como consecuencia de alivio— se produce frecuentemente y es fácilmente generalizable a otras situaciones y objetos. También se le explica que la única forma de superarlo es enfrentarse a la situación u objeto temido, y que en la consulta se le enseñará cómo hacerlo siguiendo los siguientes pasos:

1. Dominio de la ansiedad imaginando estar frente al objeto fóbico o ansiógeno, para lo que

aprenderá a controlar los factores fisiológicos en los que aquella se manifiesta mediante el estado de relajación muscular profunda.

2. Enfrentarse con imágenes fóbicas sucesivas gradualmente de mayor intensidad.

3. Tener en todo momento un completo domi-

tionario de miedos. Comenzaremos por tratar el más frecuente —siempre que el sujeto pueda imaginarlo a nivel 0 de ansiedad—, y si no fuera así comenzaremos por otro menos frecuente.

La sesión de DS debe finalizar siempre con una imagen que no produzca ansiedad. Si una imagen

— Entrenamiento en relajación, 1/2 hora.

— Presentación de las jerarquías, 20 minutos.

— Hablar de algo que nada tiene que ver con el tema, 10 minutos.

2.1. La entrevista en desensibilización

El tiempo medio de la primera entrevista suele

vista.

Inicialmente se colocan los *datos de identificación* del sujeto (nombre, dirección, etcétera) y posteriormente se siguen los siguientes pasos:

1.º Obtener del paciente una historia detallada de sus dificultades y síntomas, poniendo un mayor énfasis en la identificación de los acontecimientos que han provocado la actual situación, al igual que la de los que la han agravado.

2.º Obtener una serie de datos de interés, que pueden resumirse en los apartados siguientes:

a) *Historia vivencial y familiar*: circunstancias en las que nació y se crió; relaciones con sus padres, hermanos, etcétera; si recibía premios y/o castigos; su enseñanza religiosa, temores, dificultades, etcétera.

b) *Historia educacional*: logros, fracasos.

c) *Historia profesional*: aspectos técnicos e interpretativos.

d) *Historia sexual y marital*: partiendo de los primeros recuerdos hasta la situación actual.

e) *Finalmente*, se le vuelve a pedir que cuente una experiencia de miedo o congoja no relatada con anterioridad.

La tarea puede facilitarse mediante la utilización del «cuestionario *autobiográfico*», de Cautela, 1977 (puede encontrarse en la página 41 del libro de prácticas *Psicodiagnóstico*, editado por la UNED).

Al final de la entrevista se entrega al paciente el cuestionario de autosuficiencia de Benreuter (página 327 de *Práctica de la terapia de conducta*, de J. Wolpe) para que lo rellene por su cuenta. La siguiente entrevista comienza con las respuestas del cuestionario de *Personalidad de Willoughby* (página 319 del libro citado).

Una vez obtenidas las respuestas del sujeto, le explicamos la naturaleza



nio de la situación y, consecuentemente, la capacidad de decidir el momento en que quiere parar de imaginar.

Para el tratamiento puede utilizarse el cues-

tionario de miedos. no ha podido llegar a resultar inocua, deberá finalizarse con la anterior en la jerarquía.

La distribución del tiempo de las sesiones será la siguiente:

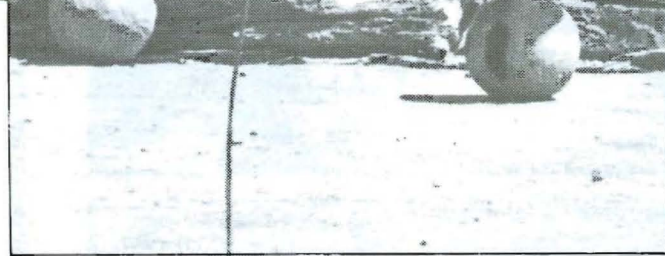
ser de unos 45 minutos; no obstante, dado que los temas deben tratarse al ritmo normal exigido por la conversación, no es raro utilizar dos sesiones para la realización de la entre-



de sus malestares y las medidas que adoptaremos para eliminarlos. A continuación estudiaremos las posibles respuestas de Inhibición de la Ansiedad. Si hemos elegido las respuestas de relajación (y consecuentemente la aplicación de la Desensibilización Sistemática) procederemos de la siguiente manera:

A) Partiendo de que las respuestas asertivas, sexuales y de relajación son parasimpáticas y las respuestas de ansiedad son simpáticas, la *esencia del método de Desensibilización Sistemática* es proporcionar al paciente un entrenamiento intensivo y prolongado en la práctica de la relajación y hacerle mantener relajados todos los músculos que no estén en funcionamiento. El número mínimo de sesiones para entrenar en relajación suele ser de *siete*.

B) Establecimiento de una escala que mida la respuesta de ansiedad subjetiva en términos cuantitativos (USA = Unity, Scale, Anxiety).



C) Construcción de una jerarquía con los estímulos provocadores de ansiedad, cuyos datos se obtienen a partir de:

- La historia clínica.
- Las respuestas al cuestionario de Willoughby.
- Programa de los estudios de miedo.
- Sondeos especiales de situaciones.

No es necesario que el paciente haya experimentado realmente cada situación que se incluye en la jerarquía.

D) Contraposición de la relajación y los estímulos provocadores de respuestas de ansiedad que constituyen las jerarquías.

2.2. Construcción de las jerarquías

Una vez pasados los cuestionarios y determina-

dos los miedos del paciente, debemos jerarquizarlos.

Una jerarquía es «una lista de estímulos referentes a un tema, ordenados de acuerdo con la intensidad de la respuesta de ansiedad que provocan» o, más sencillamente, la graduación de la ansiedad que produce un miedo.

Se valora la ansiedad en una escala de 0 a 10 USA. Esta valoración la realiza inicialmente el terapeuta y, para ello, un procedimiento práctico consiste en utilizar fichas o tarjetas, en cada una de las cuales se describe y determina una situación ansiógena (en ella deben estar operativizadas y determinadas todas las variables que actúan a fin de que sea repetible en el futuro con exactitud, sin añadir o quitar va-

riables. No obstante, debemos tener en cuenta que en la desensibilización imaginativa existen una serie de variables subjetivas que no podemos controlar).

Inicialmente se toman entre 25 y 35 tarjetas en las que se detallan las escenas fóbicas. Teniendo presentes las variables con que trabajamos (tiempo, tamaño, peligrosidad, familiaridad, edad...), el terapeuta anota en la parte posterior de cada tarjeta, en forma numérica (de 0 a 10), la ansiedad que piensa que puede producir la situación. Se mezclan las tarjetas, barajándolas, para que no se den las puntuaciones en bloques y no se produzca un sesgo en las puntuaciones que, posteriormente, dará el paciente.

En la siguiente sesión con el cliente se le presentan las tarjetas y se le pide que las puntúe de 0 a 10 USA (es aconsejable hacerlo en dos tandas, por los cambios de opinión que puedan surgir). Se realiza una ordenación por

grupos de puntuaciones del cliente en las tarjetas, pidiéndole que ponga decimas en aquellas que tengan idéntica puntuación. Se descartan las tarjetas que tengan idéntica puntuación y el número de ítems (situaciones) se reduce en 20 o 25.

A continuación, las situaciones se convierten en escenas. Para ello cada tarjeta debe contener toda la información sobre la forma en que el cliente vive la escena y la descripción de las escenas debe ser extremadamente precisa.

2.3. Presentación de las jerarquías

Una vez relajado el cliente, procedemos a presentarle las tarjetas, comenzando por aquel ítem que ha obtenido una puntuación más baja, indicándole que avise con la mano si siente el menor atisbo de temor. Si así sucede, se le pide que borre la imagen y vuelva a relajarse. Cuando lo consigue, vuelve a

presentársele la imagen. La escenificación (normalmente realizada por el terapeuta) es de 30». Un ítem se entiende superado si obtiene una puntuación 0 de ansiedad en 1'. Una imagen debe aparecer tres veces sin provocar ansiedad antes de pasar a la siguiente.

En este proceso debe tenerse en cuenta la capacidad imaginativa del cliente; si éste carece de imaginación, deberemos entrenarle. También puede ocurrir que otros sujetos imaginen perfectamente la escena pero no sientan ansiedad; entonces deberemos pasar a la DS en vivo.

Puede ocurrir que un ítem no se supere, lo que demostrará un fallo en la construcción de la jerarquía. Se soluciona ba-

jando al ítem ya superado para, posteriormente, volver a intentarlo de nuevo con el ítem no resuelto. Si el resultado fuera negativo se levanta la sesión y se habla con el cliente para ver lo que ha pasado y construir con él un ítem intermedio. Si el cliente no sabe dar más escenas, será el terapeuta el que modifique la escena en pequeños pasos que produzcan menos ansiedad.

Sin embargo, esto puede producir una desconfianza del cliente hacia el terapeuta, por lo que es mejor evitarlo construyendo previamente una escala detallada de jerarquías.

También utilizaremos reforzadores positivos (ej.: imágenes de refuerzo social) entre las jerarquías conforme vaya bajando la puntuación. Para lo que, previamente, el cliente nos habrá dado una lista de refuerzos positivos.

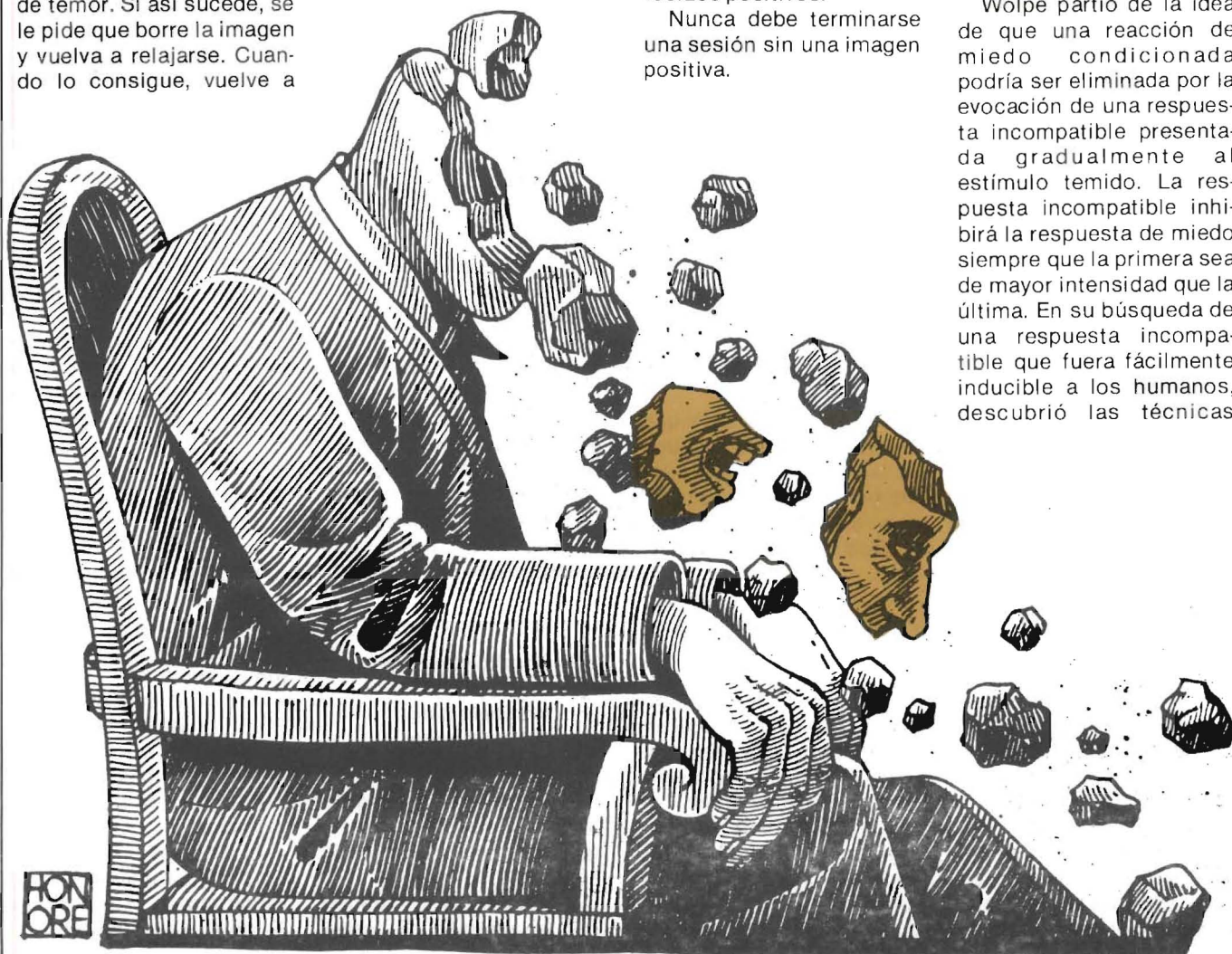
Nunca debe terminarse una sesión sin una imagen positiva.

Cuando se concluye el proceso de presentación de la jerarquía en imágenes se empieza a planificar el enfrentamiento real con la situación temida, también en forma jerarquizada. Esta segunda fase suele ser más rápida y en ella no es necesario que el terapeuta acompañe al paciente en los momentos en que éste deba enfrentarse con la situación fóbica.

En adultos es igual construir la jerarquía en un orden lógico que no; incluso se pueden mezclar imágenes de dos fobias. Con niños (mayores de 10 u 11 años) resulta conveniente integrar las escenas de la jerarquía en una historia en la que, incluso, pueden incluirse personajes que resulten significativos para él.

3. La técnica de relajación

Wolpe partió de la idea de que una reacción de miedo condicionada podría ser eliminada por la evocación de una respuesta incompatible presentada gradualmente al estímulo temido. La respuesta incompatible inhibirá la respuesta de miedo siempre que la primera sea de mayor intensidad que la última. En su búsqueda de una respuesta incompatible que fuera fácilmente inducible a los humanos, descubrió las técnicas



descritas por Jacobson (*relajación progresiva*), utilizándolas como opuesto fisiológico de la tensión en sus programas de condicionamiento. No es el único método de relajación existente. Entre los más conocidos cabe citar:

- Relajación cognitiva pura (meditación trascendental).
- Por sugestión y orgánica (entrenamiento autógeno de Schulz).
- Relajación muscular (Jacobson).

Las razones por las que se prefiere la técnica de Jacobson a las otras dos son las siguientes:

- Presenta un mínimo de sugestión y no necesita una concentración extensa.
- Es fácil de aprender (en dos sesiones con el terapeuta).
- Su manejo voluntario es más rápido.
- Se dan órdenes sobre movimientos y no sobre sensaciones.
- Se utiliza la fatiga muscular.

— Consiste en la creación de un hábito, por lo que se solicita del paciente una disposición de ánimo para realizar una vez al día la relajación que se le pide.

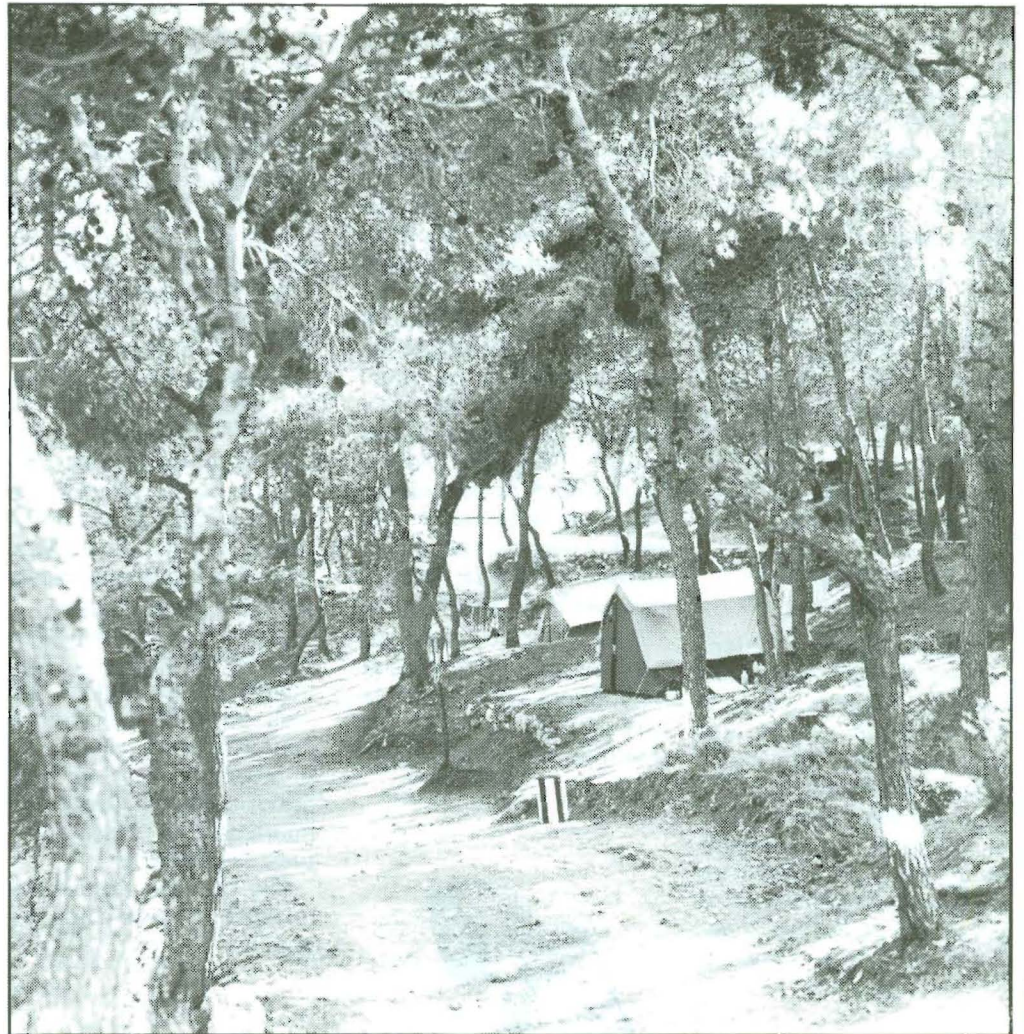
3.1. Cuestiones previas al entrenamiento en relajación

El terapeuta clínico debe explorar tres áreas generales antes de decidir la inclusión del entrenamiento en relajación progresiva en un programa terapéutico total. Dichas áreas son:

a) *Informe médico*: Debe aclarar los siguientes aspectos:

— Debe descartarse la existencia de bases estrictamente orgánicas del trastorno, que podrían tratarse más adecuadamente con medicamentos.

— No deben existir contraindicaciones para el uso del tratamiento en relajación (tales como el hecho de que el cliente



tense ciertos grupos de músculos).

— Es deseable la relajación de músculos relevantes (así, en algunos casos de dolor de espalda es preferible el fortalecimiento de ciertos músculos a su relajación).

— Que sea posible que el cliente suspenda el uso de medicamentos tales como tranquilizantes fuertes, que están destinados a producir relajación muscular.

— No deben existir contraindicaciones, problemas respiratorios o digestivos, convulsiones...

b) *Descubrimiento de las causas de la tensión manifiesta*: Debe esclarecerse si el cliente se siente demasiado tenso en situaciones donde la tensión, de intensidad perturbadora, es inapropiada o si la molestia es una respuesta racional a las circunstancias reales.

c) *Búsqueda de posibles estímulos para la respuesta de tensión*: Si el terapeuta considera que la tensión del cliente es consecuencia de la ansiedad que ha sido condicionada a estímulos específicos del medio ambiente, la terapia de relajación por sí sola no supondrá la mejora del problema. En tales casos el entrenamiento en relajación es, frecuentemente, parte de un programa terapéutico más extenso, tal como la DS.

3.2. Condiciones que debe reunir el cliente para ser entrenado en relajación

El éxito en el aprendizaje de las habilidades de relajación requiere sólo que el cliente:

a) Sea capaz de mantener la atención de forma continua sobre los múscu-

los del cuerpo (y la voz del terapeuta).

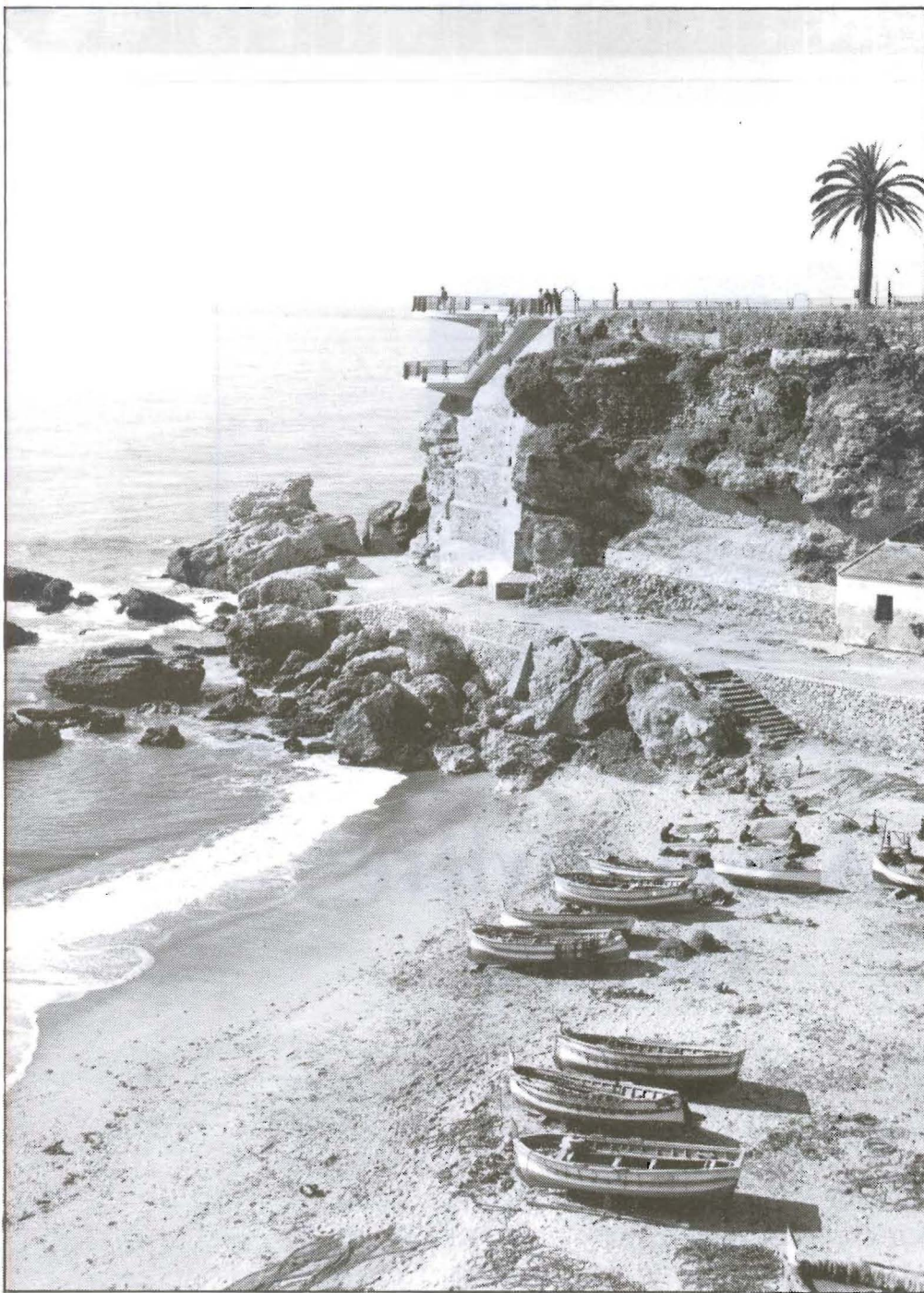
b) Sea capaz de tensar y relajar sistemáticamente los grupos de músculos especificados.

c) Practique regularmente las habilidades aprendidas en las sesiones de entrenamiento.

3.3. Aplicación de la técnica de relajación

a) En la primera sesión se explica la relajación tipo, sin meta de relajarse, sino como un aprendizaje (un ejemplo de relajación tipo puede encontrarse en Rimm y Masters, páginas 73 y 74. Hay otros autores, como Cristina López, que reducen sensiblemente los pasos).

b) En la segunda sesión se practica una relajación recortada a su medida. También se le entrega un esquema para que practi-



BIBLIOGRAFIA EN DESENSIBILIZACION SISTEMATICA

ARDILA: *Terapia del comportamiento. Fundamentos, técnicas y aplicaciones*. Bilbao, Deschée de Brower, 1980.

ASHEN, B. y POSER, E.: *Problemas menores de la conducta infantil* (vol. 1). *Trastornos emocionales* (vol. 2). *Autismo, esquizofrenia y retraso mental* (vol. 3). *Formación de terapeutas de la conducta* (vol. 4). Barcelona, Fontanella, 1977-79.

BANDURA, A.: *Principios de modificación de conducta*. Salamanca, Sí-

gueme, 1984.

CÁCERES, J.: *Cómo ayudar a su hijo si se hace pis en la cama*. Madrid, Pablo del Río-Siglo XXI, 1982.

CRAIGHEAD, W. E.; KAZDIN, A. E. y MAHONEY, M. J.: *Modificación de conducta. Principios, técnicas y aplicaciones*. Barcelona, Omega, 1981.

CAUTELA, A.: *Condicionamiento encubierto*. D. D. B., 1982.

EYSENCK, H. J.: *Experimentos en terapia de conducta. Inhibición recíproca*. Fundamentos.

FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J. A. I.: *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones*. Madrid, Pirámide, 1981.

DOUGLAS, A. BERNSTEIN y TOMAS, D. BORKOVEC.: *Entrenamiento en relajación progresiva*. D. D. B.

LADOUCEUR, R.; BOUCHARD, M. A. y GRANGEL, L.: *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid, Debate, 1981.

MAYOR, J. y LABRADOR, F. J.: *Manual de modificación de conducta*. Madrid, Alhambra, 1984.

RIMM, D. C. y MASTERS, J. C.: *Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos*. México, Trillas, 1980.

WOLPE, J.: *Práctica de la terapia de conducta*. México, Trillas, 1977.

WOLPE, J.: *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao, D. D. B., 1978.

que la relajación, individualmente, durante diez días. Es recomendable que practique dos veces al día en períodos de 15 a 20 minutos espaciados en tres horas.

c) Se realiza una tercera sesión al cabo de diez días. Es una sesión de chequeo que debe concluir con compensaciones y refuerzos.

3.4. Algunas observaciones finales

- Conviene especificar las tres primeras sesiones.
- La ropa del cliente debe ser cómoda.
- Debe practicarse recostado.
- El terapeuta debe sentarse en un lado, a la altura de la cabeza del cliente. Nunca enfrente de él.
- No es necesario el aislamiento de ruidos ni luces.
- Debe cuidarse el tiempo de respiración y la voz del terapeuta, que ha de ser monótona, baja y vocalizando.
- Debe preguntársele al cliente si siente mareo o alguna otra molestia.

