

Models teòrics i tècniques d'intervenció en psicologia clínica i de la salut

Noemí Guillamón Cano

PID_00186918



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció	5
Objectius	7
1. Models teòrics principals des de la psicologia de la salut	9
1.1. Models conceptuals de la salut: model biomèdic i model biopsicosocial	9
1.2. Models i teories explicatives de la salut	10
1.2.1. Models de contínuum	11
1.2.2. Models d'estadis	14
2. Les tècniques d'intervenció principals des del model cognitivoconductual	18
2.1. Tècniques basades en la informació	18
2.2. Tècniques dirigides a l'augment i/o disminució de conductes (Larroy i De la Puente, 1995)	18
2.3. Tècniques dirigides a reduir l'ansietat	22
2.4. Tècniques dirigides a l'entrenament en solució de problemes ...	23
2.5. Tècniques cognitives	23
2.6. Paquets de tècniques dirigides a autoregular la conducta i a afrontar l'estrès	23
3. Integració: intervenció psicològica en línia. Aplicació dels principis teòrics i les tècniques a la xarxa	25
4. Bibliografia	29

Introducció

Aquest primer mòdul constitueix la base per a comprendre la resta de mòduls de l'assignatura. Ofereix una síntesi dels models teòrics principals que hi ha al darrere de moltes de les intervencions que es promouen des de la SIC, com també un repàs de les tècniques psicològiques principals que s'usen per a promoure canvis en el comportament de les persones.

Una de les limitacions o crítiques principals a moltes de les intervencions que hi ha avui dia en la SIC és, precisament, l'absència de models teòrics clars que sustentin la intervenció. Des del nostre punt de vista, és molt important que darrere de cada intervenció hi hagi un intent d'explicar per què es proposa una tècnica o una altra, per què es dissenya aquest web, o aquesta aplicació per al mòbil, o aquest dispositiu, d'una manera i no d'una altra, què es pretén aconseguir d'aquesta manera, què es pretén evitar... en síntesi, que l'acció que es promogui tingui un sentit, una orientació, estigui dirigida a assolir un objectiu.

Fins al moment, la majoria d'iniciatives han partit de models teòrics utilitzats en la intervenció psicològica "tradicional" i s'han adaptat al context de la SIC. No obstant això, en els darrers anys s'està observant el sorgiment de models que neixen des d'aquest nou context, o bé que integren elements no solament de la psicologia, sinó d'altres disciplines com la comunicació, la persuasió, el màrqueting, etc., i que donen com a fruit enfocaments totalment propis de la SIC. En aquest mòdul n'esmentarem algun.

D'altra banda, també farem un repàs de les tècniques psicològiques principals que s'usen en les intervencions psicològiques en la SIC. Dins del món de la psicologia hi ha diverses escoles o posicionaments teòrics que difereixen tant en el concepte que tenen del comportament humà com en la importància que donen a cadascun dels elements que poden tenir influència en el desenvolupament de problemes psicològics. Aquestes escoles també es distingeixen per la manera d'abordar i de tractar aquests problemes i per les tècniques d'intervenció utilitzades. Algunes d'aquestes escoles són més conegudes que d'altres per la rellevància social que han pogut tenir al llarg de la història: la psicoanàlisi i les escoles que se n'han derivat, els abordatges de caràcter humanista i existencial, la teràpia sistèmica o l'orientació cognitivoconductual són les escoles més conegudes.

No és objecte d'aquest mòdul ni d'aquesta assignatura descriure-les totes, però en fem esment perquè a la xarxa trobem que, si bé totes les escoles estan representades i la majoria ofereix serveis d'atenció psicològica en línia, és important tenir present que la major part de tractaments que s'ofereixen es poden emmarcar dins del model cognitivoconductual. Això respon al fet que els

tractaments que es duen a terme des d'aquesta orientació estan altament estructurats, i són més fàcils d'implementar a la xarxa i de ser seguits per part de l'usuari amb més o menys suport d'un professional. És rellevant destacar, no obstant això, que en moltes pàgines web l'orientació teòrica dels serveis oferts no queda explicitada, i això és un desavantatge per a l'usuari no familiaritzat a l'hora de valorar si el que li estan oferint li pot ser d'utilitat (Vallejo *et al.*, 2007).

Objectius

- 1.** Conèixer els models teòrics principals procedents de la psicologia de la salut.
- 2.** Conèixer les tècniques d'intervenció principals del model cognitivoconductual, per a què s'usen i el procediment per a aplicar-les.
- 3.** Conèixer algun dels models integratius de teories i tècniques psicològiques en el context de la intervenció en psicologia clínica i de la salut en la SIC.

1. Models teòrics principals des de la psicologia de la salut

1.1. Models conceptuals de la salut: model biomèdic i model biopsicosocial

Les dues aproximacions teòriques al concepte de *salut* de més influència al llarg de l'estudi de la salut són el model biomèdic i el model biopsicosocial.

El **model biomèdic** considera que els problemes de salut són causats únicament per factors biològics i no té en compte els factors psicològics i socials. Aquest model implica una relació metge-pacient en la qual el metge té un rol actiu d'assistència i guareix el malalt, i el pacient té un rol passiu i es limita a acceptar acríticament el tractament que li ofereix l'expert.

En la societat actual, en la qual ha augmentat considerablement l'esperança de vida i les malalties tendeixen a cronificar-se, aquest model biomèdic perd valor.

En aquesta societat actual cobren importància els aspectes socials, psicològics i culturals en el fet d'emmalaltir, i es deixa pas al model biopsicosocial com a model conceptual de la salut.

El **model biopsicosocial** considera que és la interacció dels factors biològics, psicològics i socials el determinant principal de la salut i la malaltia. D'aquest fet se'n deriva que la salut i la malaltia tenen causes múltiples, i també efectes múltiples. Si bé el model biomèdic focalitzava la seva atenció únicament en el procés de malaltia, des del model biopsicosocial es considera que la salut i la malaltia formen part d'un contínuum, en què salut seria el resultat de tenir cobertes les necessitats biològiques, psicològiques i socials de l'individu (Amigo, Fernández i Pérez, 1998).

Les característiques principals del model biopsicosocial (Valiente, 2005) són les següents:

- En el procés de salut-malaltia s'han de tenir en compte els tres tipus de determinants (biològics, psicològics i socials).
- La prevenció, el diagnòstic i el tractament de la malaltia s'ha de fer des d'una perspectiva multidisciplinària.

- A més dels factors biològics, s'ha de parar atenció als factors psicològics i socials que influeixen en l'aparició i el manteniment de la malaltia.

Entre aquests factors psicològics i socials, les condicions de vida, els hàbits de vida i l'estil de vida expliquen en gran mesura moltes de les malalties que tenim en la societat actual. Així doncs, podem dir que són els aspectes socials i culturals els que expliquen l'estil de vida d'una societat i la implicació que tenen en la salut. D'aquí la gran importància que té la transmissió de valors associats a una cultura que procura un estil de vida saludable, és a dir, la promoció i l'educació per la salut vinculada al context familiar, però també a altres entorns d'influència social (escola, amics, mitjans de comunicació, etc.). El reconeixement de l'estil de vida com a causa de la salut pressuposa que la promoció de la salut previndrà el fet d'emmalaltir i/o morir.

Entrats en la **societat de la informació** i el coneixement, l'**estil de vida** que caracteritza aquesta societat està tenint efectes sobre la salut de les persones que hi participen una mica diferents dels que s'observaven fins ara. **Malalties noves** caracteritzen aquesta societat. Malalties **lligades a l'ús de les noves tecnologies**, al ritme de vida tan actiu i extremat, que anomenem *multiactivitat*, que caracteritza des dels infants fins als avis. Els nens i nenes d'aquesta societat tenen "l'obligació" de tenir un rendiment escolar excel·lent, fer activitats extraescolars (música, anglès, esport, etc.) i en totes se'ls demana un grau alt d'implicació, de rendiment i de resultats. Els adults també segueixen un ritme de vida altament ocupat. És normal sentir: "No tinc temps". S'està generant un augment d'estrès i depressions en edats molt joves (Valiente, 2005).

Un altre fet que caracteritza aquesta societat xarxa és la relació metge-pacient. La relació que hi ha en el model biomèdic, en el qual el pacient era un agent passiu, i el metge, actiu, està canviant de manera radical. El pacient passa a ser un agent actiu, que va al metge amb molta informació de la seva malaltia o de la d'algun familiar, o que busca informació per prevenir problemes o adoptar un estil de vida més saludable. El metge perd el rol de poder d'informació, tant pel que fa als pacients com dins els equips mèdics, on els metges més joves estan cada cop més informats que els seus superiors.

1.2. Models i teories explicatives de la salut

Tenint com a marc teòric el model biopsicosocial, descriurem en aquest apartat els models i teories principals que expliquen l'estil de vida de les persones i la relació que tenen amb la salut. Davant la gran quantitat de models, no és objectiu d'aquest capítol fer una exposició detallada i exhaustiva de cadascun. Més aviat pretenem donar-ne una visió general, i animem el lector a ampliar la informació amb les lectures complementàries que proposem per a aquest mòdul.

Els models teòrics que presentarem tenen com a objectiu principal explicar la relació entre les variables personals, socials, etc. que intervenen en l'adopció i manteniment d'un comportament saludable o bé en la modificació d'un comportament de risc o no saludable.

Una primera classificació permet diferenciar els models i teories que intenten identificar quins factors expliquen la conducta (models de contínuum) i els que posen l'èmfasi en el procés que se segueix per a adoptar una conducta saludable o modificar un comportament de risc (models d'estadis). En altres paraules, el primer grup de models fa una "radiografia" dels elements que intervenen en l'adopció d'una conducta, mentre que el segon grup es preocupa per determinar com es relacionen entre si i en quin moment del procés de canvi té un paper més rellevant cadascuna d'aquestes variables (Schwarzer, 2008; Weinstein, Rothman i Sutton, 1998).

Els **models de contínuum** assumeixen implícitament que totes les persones es veuen més o menys influenciades per tots els factors que estudien i, així, coneguts els elements, podem escriure una equació única que determina la probabilitat de canvi per a tothom (Weinstein, Rothman i Sutton, 1998). Dins d'aquest grup podem trobar la teoria de l'acció raonada (Fishbein i Ajzen, 1975) o del comportament planificat (Ajzen i Madden, 1986), el model de creences de salut, el model de la motivació protectora o la teoria de l'autoeficàcia (Bandura, 1986). Aquestes teories s'han centrat en els factors cognitius com a determinants del comportament social, d'aquí que també rebin el nom de **models sociocognitius** o **models cognitius socials**. En aquest apartat ens centrarem a descriure la **teoria del comportament planificat** (TPB, *theory of planned behavior*, Ajzen, 1985, 1991), un dels models teòrics més rellevants i validats empíricament per la comunitat científica, i el **model d'acció en favor de la salut** (HAPA, *health action process approach*) de Schwarzer i col·laboradors (1992).

Els **models basats en estadis** consideren que l'adopció d'una conducta nova no és un procés estàtic i unidireccional que es pugui reduir a una única equació. En el procés de canvi hi intervenen molts factors o elements que fan que sigui dinàmic i bidireccional. L'objectiu d'aquests models, doncs, és estudiar quines són les fases o estadis d'aquest procés de canvi i determinar quins són els factors més rellevants en cada moment. Dins d'aquest grup de models teòrics ens centrarem en els més coneguts i importants: el **model transteòric de Prochaska i DiClemente** (1983, 1984) i el **model d'adopció de precaucions** (PAPM, *precaution adoption process model*) de Weinstein i Sandman (1992).

1.2.1. Models de contínuum

1) Teoria del comportament planificat (TPB, *theory of planned behavior*, Ajzen, 1985, 1991)

Segons aquesta teoria el factor principal que prediu el canvi de conducta és la intenció de canviar-la. La **intenció** representa la motivació per a dur a terme una conducta determinada. A la vegada, la intenció està determinada per tres factors: les **actituds vers la conducta**, és a dir, la valoració positiva o negativa que fa l'individu sobre el comportament (*deixar de fumar és positiu per a la meua salut*), la **norma social o subjectiva**, que fa referència al que pensen altres persones sobre el comportament, és a dir, a la pressió social per a dur a terme o no la conducta (*fumar és negatiu per a la salut, o bé, fumar està ben vist en el meu cercle d'amics*), i el **control de l'acció**, terme sinònim de l'autoeficàcia, que fa al·lusió a la percepció que l'individu serà capaç de dur a terme el comportament (*sóc capaç de deixar de fumar*).

L'**actitud** i la **norma subjectiva**, a la vegada, estan determinades per les creences conductuals i normatives. Les **creences conductuals** fan referència a l'anticipació que fa la persona sobre el tipus i valor de les conseqüències de la seva conducta (expectatives i valors de resultats). Les **creences normatives** es refereixen a la percepció que hom té d'allò que altres persones pròximes i rellevants esperen d'una persona, i la motivació per a complir aquestes expectatives (Villamarín i Limonero, 2007).

D'altra banda, el **control de l'acció** està determinat per l'**autoeficàcia**, el **locus de control**, que fa referència a l'atribució de la causalitat a factors interns (habilitat i esforç) o externs (sort, creences religioses), i la **controlabilitat**, que fa referència al grau de control personal que tenim sobre la conducta.

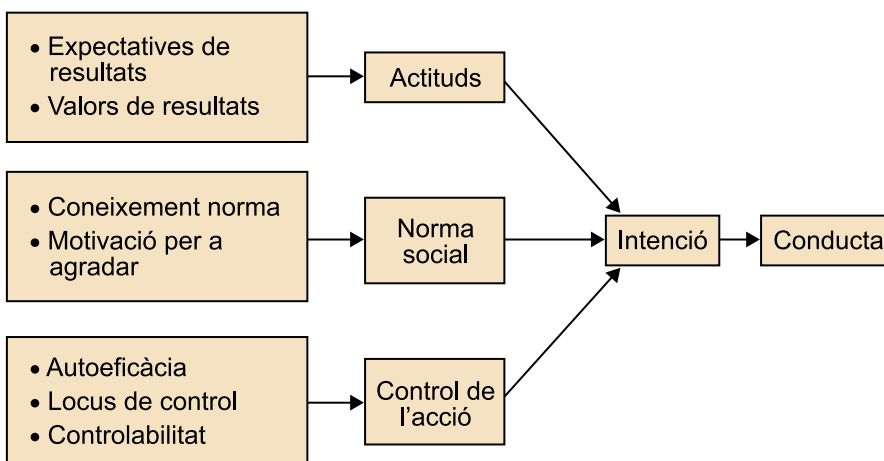


Figura 1. Esquema de la teoria del comportament planificat d'Ajzen (1985, 1991)

Segons aquest model, doncs, els individus que valoren positivament el canvi de conducta, que consideren que aquest canvi agradarà les persones o grups que consideren importants i que a més es vegin capaços de dur a terme amb èxit aquest comportament, tindran més probabilitat de dur a terme aquesta conducta (Pastor, Balaguer, i García-Merita, 1999).

Aquesta teoria s'ha aplicat a l'estudi de moltes conductes de salut, com ara adoptar una dieta saludable, fer exercici físic o usar el preservatiu, i destaca la importància dels altres significatius (parens, professors, amics) en la formació de les creences de salut.

2) Model d'acció en favor de la salut (HAPA, *health action process approach*, Schwarzer, 1992)

L'objectiu principal del model de Schwarzer (1992) és explicar els mecanismes implicats en què l'individu esdevingui motivat pel canvi (tingui la intenció de canviar) i efectivament faci aquest canvi i el mantingui en el temps, i afronti els obstacles o contratemps que es puguin anar trobant. En aquest model es distingeixen dues fases ben diferenciades: la **fase motivacional** i la **fase volitiva**. La fase motivacional fa referència als factors que determinen la formació de la intenció de canvi, mentre que la fase volitiva es refereix als elements implicats en l'execució i manteniment de l'acció.

En la formació de la intenció, Schwarzer destaca tres mecanismes principals: la percepció de risc, les expectatives de resultats i l'autoeficàcia percebuda.

Els tres mecanismes principals que determinen la intenció són la **percepció de risc** (*fumar és dolent per a la meua salut*), les **expectatives de resultats**, que fan referència a les creences sobre els resultats positius o negatius que té dur a terme la conducta i al balanç de pros i contres que se'n deriva (*si deixo de fumar la meua salut millorarà però guanyaré pes*), i l'**autoeficàcia percebuda**, és a dir, la valoració de la pròpia capacitat per a dur a terme la conducta i superar els obstacles que puguin interferir en la seva execució (*seré capaç de no fumar encara que estigui més nerviós*).

Com ja hem comentat, la intenció per si mateixa no és suficient per a dur a terme una conducta. El model HAPA destaca el paper de les variables auto-reguladores en la relació entre intenció i conducta, especialment de tres: la planificació de l'acció, l'autoeficàcia i el control de l'acció. La **planificació de l'acció** fa referència a l'anticipació conscient de què, com, quan i on és portarà a terme la conducta (*action planning*) i de què, com, quan o on es podran posar en marxa mecanismes per a fer front als obstacles o problemes que l'individu pugui trobar durant el procés de canvi i/o manteniment (*coping planning*).

L'equip de Schwarzer dóna molta importància a l'**autoeficàcia** i assenyala que té un paper important no solament en la preparació del canvi (fase motivacional), sinó també durant l'execució de l'acció i el manteniment del canvi.

Finalment, el **control de l'acció** en aquest model fa referència a l'autoregulació activa durant el procés d'execució i manteniment del canvi, i inclou la supervisió de la consecució dels objectius proposats, el record dels estàndards acordats i l'esforç per dur a terme la conducta (Sniehotta, Scholz i Schwarzer, 2005).

Alguns exemples de control de l'acció són els següents:

- Supervisió de la consecució dels objectius proposats (*durant les darreres quatre setmanes reviso periòdicament si he fet prou exercici físic*).
- Record dels estàndards acordats (*reviso si faig 30 minuts d'exercici físic tres cops a la setmana tal com vam acordar al començament*).
- Esforç per dur a terme la conducta (*realment intento fer exercici regularment*).

Aquest model s'ha aplicat en l'adopció i el manteniment de conductes saludables com ara rentar-se les dents cada dia, posar-se el cinturó de seguretat, fer una dieta adequada o exercici físic (Schwarzer *et al.*, 2007), entre d'altres.

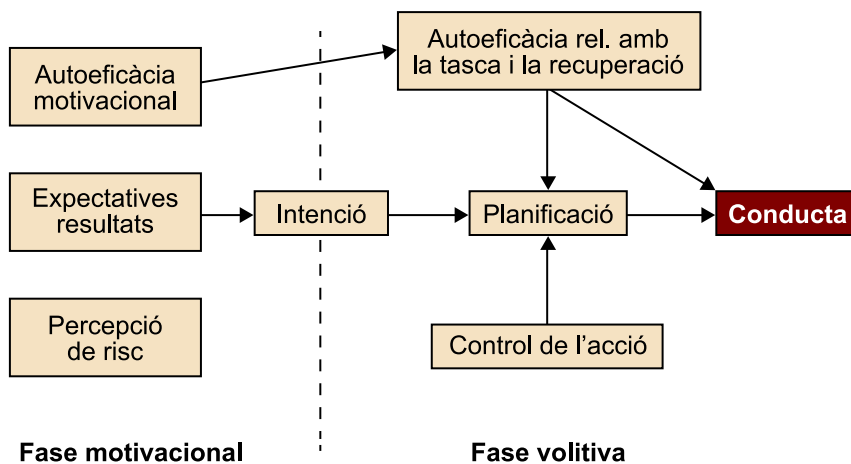


Figura 2. Esquema del model d'acció en favor de la salut (Schwarzer, 1992)

1.2.2. Models d'estadis

1) TTM: model transteòric de Prochaska i DiClemente (1983, 1984)

El model basat en estadis més àmpliament utilitzat en psicologia de la salut és el model transteòric de Prochaska i DiClemente. Encara que inicialment es va dissenyar per a l'abordatge terapèutic del procés de deixar de fumar, s'ha aplicat amb èxit en l'adopció de moltes conductes saludables (exercici físic, dieta...) i la reducció o cessació de conductes de risc (especialment dins l'àmbit de les drogodependències).

Segons el TTM, el canvi de comportament és podria dividir en **cinc estadis** diferenciats:

- **Precontemplació:** continuant amb l'exemple de deixar de fumar, en aquest estadi hi hauria una persona que no s'ha plantejat deixar de fumar en el futur, operacionalitzat com fer-ho en els propers sis mesos.
- **Contemplació:** en aquest estadi hi hauria les persones que s'estan plantejant deixar de fumar, però que encara no han pres la decisió de fer-ho ni han planificat quan i com ho faran.
- **Preparació:** en aquesta fase l'individu ha pres la decisió d'intentar deixar de fumar en el proper mes.
- **Acció:** l'individu ha deixat de fumar; aquesta fase es considera que pot durar d'un dia a sis mesos.
- **Manteniment:** si una persona s'ha mantingut en abstinència durant sis mesos es considera que ha entrat en la fase de manteniment.

La progressió d'un estadi al següent no sempre és lineal, és a dir, no sempre una persona es planteja deixar de fumar, ho prova i ho aconsegueix a la primera. És bastant freqüent observar moviments entre estadis, per exemple, algú pot estar a la fase de preparació i acció i, davant un intent fracassat, tornar a la fase de contemplació, etc. Per aquest motiu sovint es dibuixen les fases d'aquest model en espiral.

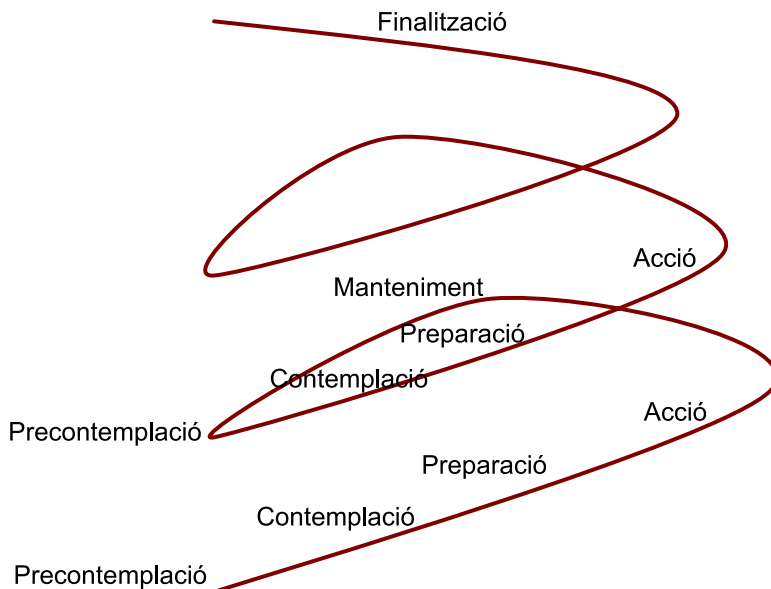


Figura 3. Model en espiral dels estadis de canvi

Els cinc estadis es consideren mútuament excloents, i és una mesura arbitrària de temps la que determina el pas d'un estadi al següent. Això ha estat durament criticat per la comunitat científica (West, 2006), que assenyala les dificultats per a operacionalitzar aquest model i per a determinar quines són les variables que expliquen el pas d'un estadi al següent. Malgrat les crítiques, però,

continua essent un dels models teòrics més utilitzats, i constitueix la base de molts dels programes d'intervenció per a la promoció de la salut i prevenció de malalties que descriurem més endavant (DiClemente, Crosby i Kegler, 2002).

2) Model d'adopció de precaucions (PAPM, *precaution adoption process model*, de Weinstein i Sandman, 1992)

El PAPM sorgeix com a resposta a les crítiques del model TTM i com la seva alternativa dins dels models basats en estadis. En aquest model s'identifiquen set estadis en el procés que segueix una persona per canviar una conducta, i que els autors expliquen com un procés d'adquisició de precaucions per a protegir la salut:

- **Estadi 1. Sense consciència de risc:** en un punt inicial, la persona no és conscient de la conducta que ha de canviar, ni del risc que corre si no la canvia (*no tinc coneixement que fumar sigui dolent per a la salut*).
- **Estadi 2. Consciència de risc:** més endavant, la persona ha sentit a parlar de la conducta en qüestió, o del risc que implica mantenir-la, però no necessàriament està interessat a canviar-la (*sé que fumar és dolent per a la salut, però això no vol dir que a mi m'hagi de passar res de dolent*).
- **Estadi 3. Indecís-reconeixement de la susceptibilitat:** en aquest estadi la persona assumeix que és susceptible de veure afectada la seva salut i que hauria de protegir-se, i està considerant si vol o no canviar la conducta.
- **Estadi 4. Decideix no actuar:** en aquest cas pot decidir no canviar el comportament (*sé que fumar és dolent per a la salut, i que corro el risc de tenir algun problema seriós, però ara per ara no vull deixar de fumar*).
- **Estadi 5. Decideix actuar:** l'individu ha decidit canviar la conducta.
- **Estadi 6. Acció:** en aquest estadi, la persona que ha decidit protegir-se pren les precaucions necessàries per a reduir el risc.
- **Estadi 7. Manteniment:** finalment, si és necessari es mantenen les precaucions en el temps.

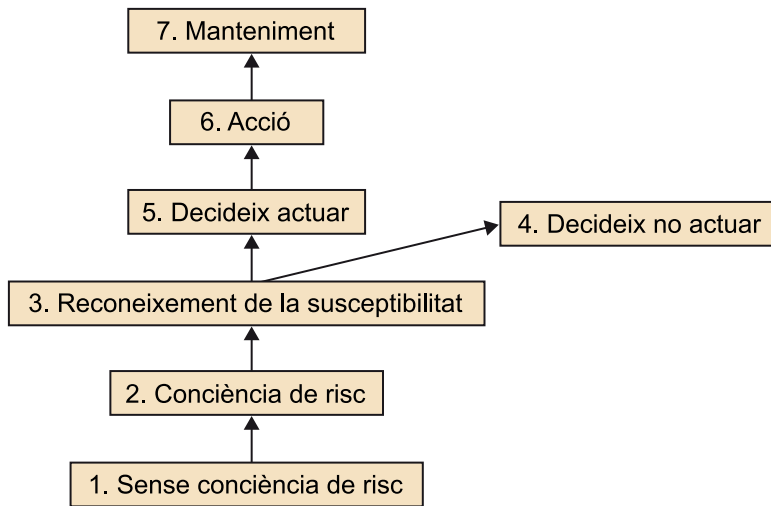


Figura 4. El model d'adopció de precaucions (Weinstein i Sandman, 1992)

Aquest model s'ha aplicat inicialment a la prevenció de l'osteoporosi i a la vacunació de l'hepatitis B i a verificar des de casa la quantitat de radó ambiental (Weinstein, Rothman i Sutton, 1998). La diferència principal amb el TTM és que en aquest model el pas d'un estadi al següent no està determinat per períodes de temps, sinó per la consecució d'accions concretes.

2. Les tècniques d'intervenció principals des del model cognitivoconductual

Basant-nos en la proposta de Gavino (2006), us presentem una síntesi de les tècniques d'intervenció principals des del model cognitivoconductual.

2.1. Tècniques basades en la informació

Es tracta de tècniques o estratègies dirigides a augmentar el coneixement que la persona té sobre un determinat problema, comportament o situació. Moltes vegades disposar d'informació sobre alguna cosa que ens preocupa és suficient per a modificar el nostre comportament. Una comprensió més gran sobre el problema pot fer que la preocupació disminueixi i que sigui més fàcil aplicar els recursos que hi hagi disponibles per a afrontar-lo.

Dins d'aquestes tècniques s'inclou la biblioteràpia, el subministrament d'informació i l'orientació.

La major part de les intervencions psicològiques, i no solament les que deriven del model cognitivoconductual, inclouen un component educatiu en el qual es proporciona informació sobre el problema. Aquest component de la intervenció es denomina habitualment *psicoeducació*.

Psicoeducació

Moltes intervencions a la xarxa es basen únicament en el subministrament d'informació sobre salut. Els programes d'intervenció més complexos, dirigits a la intervenció sobre problemes concrets, també inclouen un mòdul sobre psicoeducació. Per exemple, els programes de tractament de l'ansietat inclouen un mòdul en el qual s'explica què és l'ansietat, quins símptomes té, per què una persona pot tenir ansietat, com s'origina, etc.

2.2. Tècniques dirigides a l'augment i/o disminució de conductes (Larroy i De la Puente, 1995)

Es tracta d'un conjunt de tècniques basades en les lleis de l'aprenentatge del condicionament operant. Com recordareu, aquesta llei postula que tota conducta (entesa com a pensament, emoció o acció) seguida d'una conseqüència positiva té molta probabilitat de repetir-se, mentre que tota conducta seguida d'una conseqüència negativa té molta probabilitat de desaparèixer o disminuir.

Aquest tipus d'estratègies s'han aplicat especialment en la intervenció clínica amb nens i adolescents i també en les intervencions dirigides a augmentar l'activitat física, millorar els hàbits d'alimentació, controlar el pes, deixar de consumir tabac, etc.

Augmentar conductes

Les conseqüències positives que tenen lloc després d'una conducta reben el nom de *reforçadors* perquè reforcen la probabilitat que aquestes conductes es tornin a repetir.

Una conducta es pot reforçar principalment de dues maneres:

- La conducta va seguida de recompenses, siguin materials (regals, diners, joguines...), socials (un somriure, una abraçada, un petó...), activitats, i/o fitxes o punts (que es poden intercanviar per qualsevol de les altres recompenses). Aquestes recompenses són els **reforçadors positius**.
- La conducta va seguida de l'absència o desaparició d'una situació desagradable (en el cas dels problemes d'alimentació: *cada vegada que vomito després d'atipar-me de menjar deixo de sentir-me culpable i ansiós per haver menjat tant*). Aquest tipus de reforçador s'anomena *reforçador negatiu*.

Tant el reforç positiu com el negatiu són conseqüències positives per a aquest comportament, és a dir, ajuden a fer que aquest comportament (o pensament, sentiment, acció) es repeteixi.

Conèixer com aprenem a comportar-nos és útil per a comprendre tant l'aparició i el manteniment dels problemes com la manera en què podem ensenyar la persona a modificar el seu comportament per a reduir i/o eliminar aquest problema.

Com han de ser els reforçadors

Els reforçadors materials i d'activitats tenen més capacitat per a reforçar conductes que els socials. No obstant això, si reforcem una conducta sempre de la mateixa manera el reforçador sol perdre efecte amb el pas del temps. Per això, es recomana combinar diferents reforçadors, i combinar reforçadors materials i d'activitats amb reforçadors de tipus social. D'aquesta manera, a mesura que es vagi consolidant la conducta anirem retirant els reforços materials i d'activitats, i els reforços socials seran els que mantindran la conducta.

Altres aspectes que cal tenir en compte quan tractem de reforçar conductes són els següents:

- El reforç ha de seguir immediatament la conducta, si no, correm el risc que l'associació entre la conducta i la recompensa no es produeixi. Les promeses i els reforços a llarg termini són poc eficaços a l'hora d'estimular l'aprenentatge.

- Durant les primeres fases de l'aprenentatge hem d'administrar els reforços de manera contínua, és a dir, cada vegada que la persona dugui a terme la conducta que estem reforçant.
- Durant els primers moments de l'aprenentatge és convenient que la persona obtingui molt reforç amb molt poca conducta, de manera que li sigui fàcil obtenir la recompensa i llavors s'impliqui en la realització de la conducta.
- Moltes de les conductes que intentem ensenyar són molt complexes. És necessari que descomponguem la conducta que s'ha d'aprendre en fases diferents i que anem reforçant la consecució de cadascuna d'aquestes fases, en lloc d'esperar que es dugui a terme íntegrament.

Com veurem més endavant, en les intervencions per la xarxa els reforçadors se solen aplicar a partir del registre de la conducta que es vol modificar i de la retroalimentació (*feedback*) que l'usuari del programa rep per missatges més o menys personalitzats cada vegada que fa un exercici, conclou un mòdul o aconsegueix una millora en el comportament.

Disminuir conductes

Hi ha dues maneres de reduir una conducta: la conducta és seguida de conseqüències negatives, o la conducta no és seguida de cap conseqüència. El primer procediment es denomina *càstig*, i el segon, *extinció*.

1) Procediment de càstig

Com podem castigar una conducta? Es pot fer de dues maneres: després de la conducta que volem reduir apliquem una conducta desagradable o no desitjada (*per exemple, si un nen no fa els deures el professor el suspèn*) o bé retirem una recompensa (*si un nen es porta malament no pot jugar amb el joc que més li agrada*).

Perquè aquest procediment tingui un resultat efectiu cal tenir en compte una sèrie de consideracions:

- La persona ha de tenir alguna cosa per retirar. Ha de tenir una reserva de reforçadors que anirem retirant a mesura que incompleixi les nostres instruccions (joguines, temps de veure la televisió, diners, fitxes, determinats privilegis, etc.).
- S'ha d'especificar de manera clara a la persona quina serà la magnitud del cost de resposta. Per exemple: *Cada vegada que arribis tard, em donaràs 50 cèntims de la paga*.
- Sembla que com més elevat és el cost de resposta, més eficaç és el càstig.

- Ha d'aplicar-se sempre i immediatament després de la conducta no desitjada.
- S'ha d'aplicar sempre al mateix temps que es reforça la conducta desitjable.

2) Procediment d'extinció

És un procediment molt eficaç per a reduir o eliminar problemes, especialment de comportament en els nens. Moltes de les conductes negatives dels nens són reforçades per l'atenció que els presten els altres, ja sigui en forma de contacte ocular, ganyotes, o fins i tot sermons, explicacions, etc. Per tant, si retirem aquest reforç, és esperable que a poc a poc aquesta conducta vagi desapareixent.

3) Un sistema diferent: el temps fora o d'aïllament

El temps fora consisteix a treure la persona de la situació que l'està reforçant i traslladar-la a un lloc on no hi hagi la possibilitat d'obtenir reforçament. Per exemple: quan un nen es porta malament, en comptes de castigar-lo se'l porta a un espai avorrit i aïllat on no pugui rebre cap reforçament.

Basant-se en aquestes estratègies tan senzilles, s'han desenvolupat **diverses tècniques per a augmentar o reduir conductes** (Gavino, 2006).

Modelatge: consisteix en el reforçament sistemàtic de les aproximacions successives a la conducta desitjada, i en l'extinció de les aproximacions a la conducta no desitjada. Per a això s'ha de descompondre la conducta que es vol instaurar en diferents passos o fases i seleccionar una sèrie de reforçadors per a aplicar a mesura que es va duent a terme la conducta desitjada.

Encadenament: similar a l'anterior, s'aplica en el cas d'instaurar una cadena o sèrie de conductes.

Control d'estímul: es tracta d'eliminar o controlar els estímuls que estiguin provocant o impeding l'execució d'una conducta determinada, la qual es pretén suprimir o implantar en el repertori de la persona (per exemple, en persones amb problemes d'insomni, controlar els estímuls que elíciten l'activitat o bé que dificulten l'aparició i/o manteniment del son).

Economia de fitxes: els reforçadors són fitxes o punts que la persona pot canviar per algun reforçador que li agradi (activitat, material). Cada vegada que la persona porta a terme la conducta o conductes desitjades obté una fitxa. Aquesta estratègia s'utilitza freqüentment amb nens.

Cost de resposta: consisteix a retirar algun reforçador positiu de manera contingent a l'emissió d'una conducta que es pretén eliminar. Normalment aquesta estratègia s'aplica combinada amb l'economia de fitxes.

Pràctica massiva: és un procediment paradoxal que consisteix a repetir la conducta que es vol reduir de manera massiva, o bé proporcionant el reforçador que la manté de manera massiva. Així, es pretén fer perdre el valor recompensant de la conducta (per exemple, fumar) o del reforçador que la manté. Aquesta tècnica s'ha aplicat en el tractament dels tics, el quequeig, i la conducta de fumar, entre d'altres.

Sensibilització encoberta: consisteix a presentar un estímul adversiu imaginari immediatament després de l'ocurrència, també imaginada, d'una conducta que es vol eliminar. Aquesta tècnica se sol utilitzar quan no és adequat o possible dur a terme la intervenció en una situació real.

2.3. Tècniques dirigides a reduir l'ansietat

Aquest conjunt de tècniques té com a objectiu comú i final reduir l'ansietat, i se solen aplicar combinades entre si i amb altres tècniques, com l'entrenament en solució de problemes, i tècniques cognitives, com la reestructuració cognitiva, per a abordar, principalment, els problemes d'ansietat.

Entrenament en respiració controlada: procediment encaminat a desactivar o reduir l'ansietat mitjançant la respiració diafragmàtica o abdominal de manera pausada.

Entrenament en relaxació: hi ha diferents procediments de relaxació; els més coneguts són la relaxació muscular progressiva de Jacobson i la relaxació autògena.

Desensibilització sistemàtica: aquesta tècnica s'aplica especialment en el tractament dels problemes d'ansietat, en concret del seu component fisiològic. S'ha d'elaborar una jerarquia de situacions que produeixen ansietat i ordenar-les de més a menys grau d'ansietat. Després, s'entrena la persona en alguna tècnica de relaxació. Posteriorment, es combina la presentació de cadascuna de les situacions de la jerarquia amb la pràctica de la relaxació, amb l'objectiu que disminueixi el grau d'ansietat associat a cada situació ansiògena. Normalment, aquest procediment s'aplica en la imaginació, encara que també pot dur-se a terme desensibilització sistemàtica en directe.

Exposició: es tracta d'exposar la persona a la situació o situacions que li generen ansietat de manera gradual, és a dir, el subjecte s'exposa a una situació que li genera poca ansietat en primer lloc, i gradualment va exposant-se a situacions cada vegada més ansiògenes, mentre rep un reforç positiu contingent a cada exposició.

Inundació: consisteix a exposar el subjecte perllongadament a estímuls que considera ansiògens i a impedir que pugui evitar la situació. És una modalitat d'exposició en directe de llarga durada: normalment s'exposa la persona a situacions generadores de nivells elevats d'ansietat, per la qual cosa habitualment no s'utilitza, i s'opta per l'exposició gradual a les situacions ansiògenes.

Prevenió de resposta: s'exposa la persona a situacions o estímuls que provoquen les compulsions o rituals sense permetre-li que els faci, amb l'objectiu que s'habitui als nivells d'ansietat fins a aconseguir reduir-la. S'aplica molt especialment en el tractament del trastorn obsessivocompulsiu.

2.4. Tècniques dirigides a l'entrenament en solució de problemes

Es tracta d'un procediment encaminat a dotar la persona de recursos per a poder afrontar i solucionar un problema. S'entrena la persona en estratègies per a delimitar un problema, examinar les alternatives de resposta, seleccionar la més adequada i posar en pràctica aquesta solució.

2.5. Tècniques cognitives

El procediment estrella de la teràpia cognitiva és la tècnica coneguda com a *reestructuració cognitiva*. Aquesta tècnica vol analitzar els pensaments distorsionats o negatius i substituir-los per uns altres de més adaptatius o positius. Per a això, se segueix un procés de qüestionament de la validesa, utilitat i creença en aquests pensaments i es desenvolupen maneres noves de veure la situació.

Aquesta tècnica s'usa molt especialment en el tractament dels estats depressius.

2.6. Paquets de tècniques dirigides a autoregular la conducta i a afrontar l'estrès

Programa d'autocontrol/autoregulació (*self-monitoring*)

Es tracta d'un paquet de tècniques que volen disminuir les conductes que, si bé a curt termini són reforçants, tenen conseqüències negatives a llarg termini. El primer pas d'aquest programa és establir un contracte o compromís de canvi amb el terapeuta. El segon pas és establir els objectius de canvi (*goal setting*). El següent és planificar el control d'estímuls. Finalment, s'estableix una programació conductual, és a dir, es planifica quines conductes es duran a terme i com es reforçaran.

Aquest paquet de tècniques s'utilitza sovint en l'abordatge de problemes d'alimentació, conductes addictives, hàbits d'estudi, depressió i problemes d'ansietat, entre d'altres.

Entrenament en habilitats socials

Es tracta d'un paquet de tècniques que sol ser un component essencial en el tractament de l'ansietat i la depressió, com també d'altres problemes psicològics. Les tècniques que s'inclouen deriven de la teoria de l'aprenentatge social, segons la qual la major part del nostre comportament s'aprèn a partir de l'observació del comportament d'altres persones que actuen de models de conducta. Aquest tipus d'aprenentatge facilita adquirir conductes noves, reactivar-ne d'altres que es duïen a terme menys sovint i modificar conductes inadequades.

Partint d'aquesta conceptualització de l'aprenentatge del nostre comportament, l'entrenament en habilitats socials va encaminat a instaurar en el repertori del subjecte formes d'actuació més adequades a partir de les **autoinstruccions** i del **modelatge**, tècnica en què una persona, generalment el terapeuta, actua de model per ensenyar el nou comportament.

Entrenament en inoculació de l'estrès

Es tracta d'un paquet de tècniques que doten la persona d'estratègies i recursos per afrontar l'estrès. Inclou tècniques de reducció de l'ansietat, com la relaxació o la respiració, la resolució de problemes, la reestructuració cognitiva, etc.

3. Integració: intervenció psicològica en línia. Aplicació dels principis teòrics i les tècniques a la xarxa

L'e-health és un terme que fa referència a la relació entre les tecnologies de la informació i la comunicació i la salut. Com comentarem en el mòdul següent, la xarxa es converteix en un escenari adequat per a buscar informació sobre salut, rebre orientació i ajuda per part de professionals i/o usuaris que comparteixen les mateixes preocupacions o dificultats i dur a terme intervencions dirigides a promoure la salut i a prevenir la malaltia. El nou mitjà crea noves formes de comunicació entre els seus usuaris. La informació que es proporciona ha de ser àgil, visual, directa.

En aquest context cal preguntar-se si és necessari fer un plantejament nou dels models teòrics que s'utilitzen en la pràctica quotidiana per a poder aplicar-los a la xarxa, si cal tenir en compte les formes de comunicació del context i introduir elements de comunicació persuasiva, o si cal fer èmfasi en variables noves com a eines que facilitin la presa de decisions (Hernández i Zúñiga, 2007).

Des del nostre punt de vista, els models teòrics que serveixen de base de les intervencions que es duen a terme a la xarxa han de tenir presents les característiques particulars d'aquest nou escenari.

En aquest sentit, el model de Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev i Gonder-Frederick (2009) és una proposta integradora de teories procedents de diverses disciplines, com la psicologia, el màrqueting i la comunicació persuasiva i la informàtica, que pretén explicar el canvi del comportament mitjançant la xarxa. Aquest model inclou, entre altres elements:

- **Característiques de l'usuari:** la personalitat, les creences, les actituds i les habilitats.
- **Ambient o context:** el context microsocial i macrosocial en el qual es mou l'usuari i l'aplicació web.
- **L'aplicació web (*website*):** els elements de l'aplicació web que influeixen en el canvi de comportament són l'aparença del programa, les prescripcions conductuals que s'estableixen amb l'usuari (contractes, instruccions escrites, etc.), les dificultats i barreres per a l'ús del programa (durada, usabilitat, falta d'habilitat per part de l'usuari en el maneig del programa), el contingut, la manera en què es duu a terme la intervenció (mitjançant text, vídeo, àudio, etc.), el tipus de missatge, la participació o interactivitat del web i l'avaluació que es duu a terme.

- **L'ús del web:** està determinat per les característiques de l'usuari, els factors ambientals, les característiques de l'aplicació web, i el suport per part d'un expert mitjançant correus electrònics, contactes telefònics o trobades presencials. Tots aquests elements determinen l'adherència de l'usuari al programa (el seguiment que l'usuari fa de la intervenció) que, com veurem en el tercer mòdul d'aquesta assignatura, és una de les àrees d'avaluació de la intervenció més importants en aquest àmbit.
- **Els mecanismes de canvi:** es refereixen a les tècniques de modificació de conducta concretes que s'apliquen al programa, i inclou el repertori de tècniques i estratègies que hem descrit en el punt 1.2 d'aquest mòdul.
- **El canvi en el comportament:** fa referència a les conductes que cal modificar o instaurar a partir de la intervenció.
- **La millora del símptoma:** fa referència als símptomes motiu de consulta, que milloren a partir del canvi en el comportament. Per exemple, en el tractament de l'obesitat (el símptoma), l'establiment de pautes d'exercici físic i d'una alimentació adequada són les conductes que cal modificar sobre les quals incidirà el programa d'intervenció.
- **El manteniment del canvi:** es tracta d'estratègies de prevenció de recaigudes per a mantenir la consecució dels canvis més enllà de la intervenció.

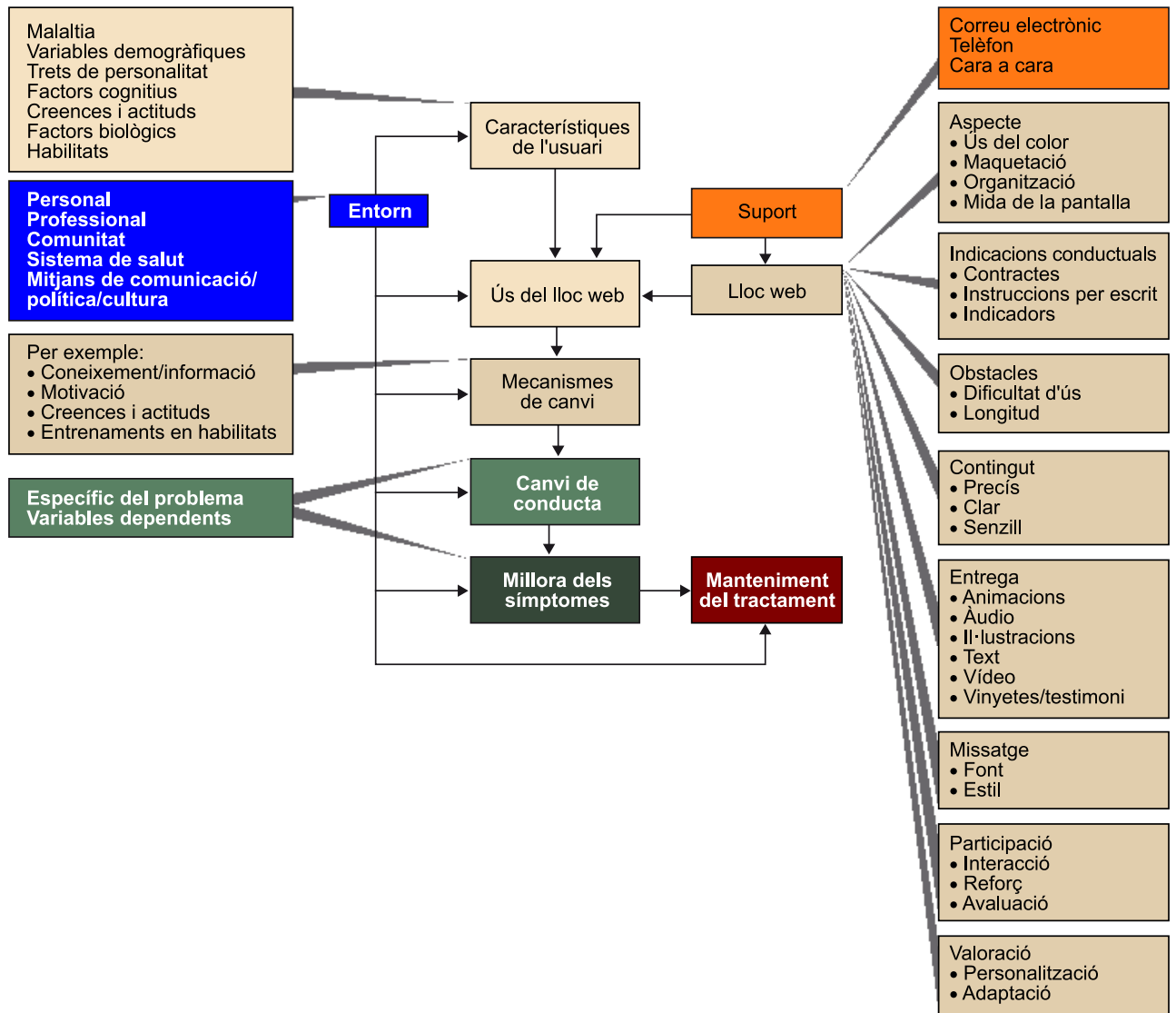


Figura 5. Model d'intervencions per Internet
 Font: traduït de Ritterband, Thorndike, Cox, Kovatchev i Gonder-Frederick, 2009

Un altre exemple d'aplicació a la xarxa d'un model teòric és l'*e-health behavior management model* (Bensley *et al.*, 2004), un model de promoció de la salut que integra el model transteòric i la teoria del comportament planificat i que incorpora com a element distintiu la comunicació persuasiva.

En aquest model es crea un context de comunicació entre l'usuari i l'ordinador que promou el canvi de comportament tenint en compte els estadis de canvi del model transteòric.

El programa, sobre la base de les respostes de l'usuari, el situa en un dels estadis de canvi i li subministra informació personalitzada amb l'objectiu d'augmentar el seu nivell d'autoeficàcia i de potenciar la presa de decisions sobre el canvi de comportament. L'algorisme subjacent segueix una estructura d'arbre de decisions, i funciona com una eina diagnòstica que va determinant a cada moment el nivell de preparació per al canvi del subjecte (vegeu figura 6).

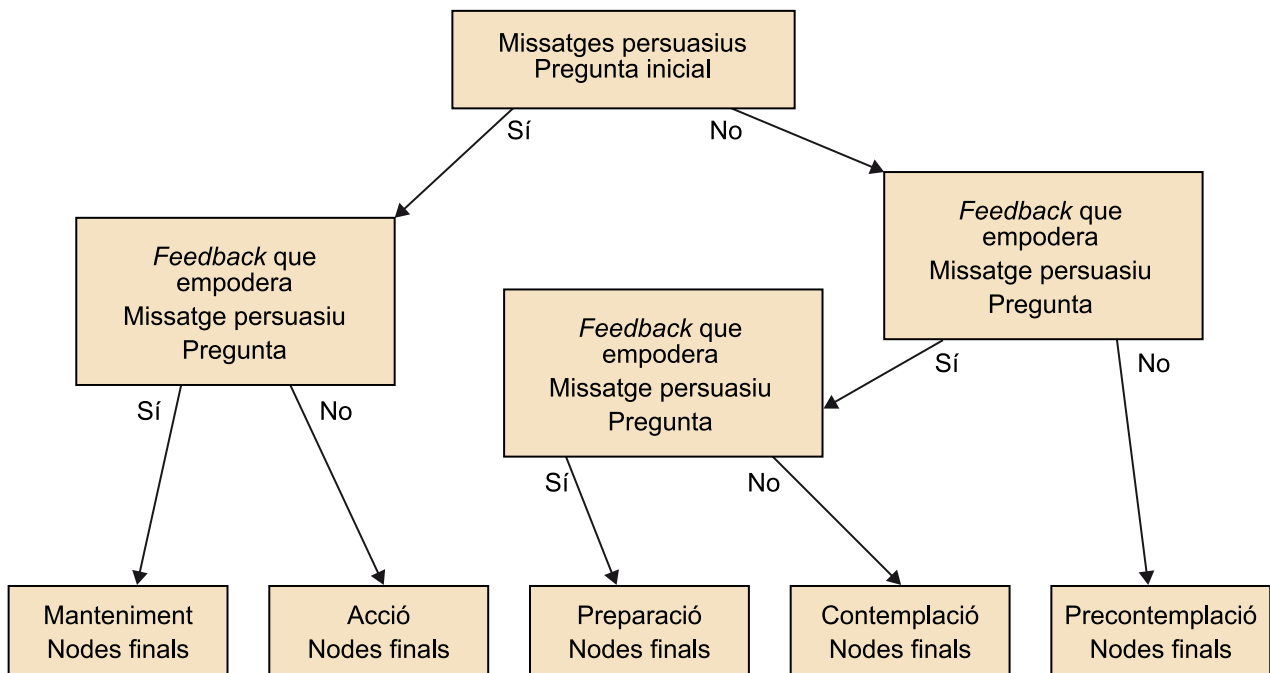


Figura 6. Algoritmes de l'E-health Behavior Management Model

Aquest model s'ha aplicat amb èxit en la modificació de conductes de risc, com per exemple l'adopció d'una dieta saludable en la infància, el maneig de malalties cròniques com l'asma i en la prevenció de la transmissió del VIH.

4. Bibliografia

1) Referències

Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. A J. Kuhl i J. Beckmann (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Nova York: Springer.

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

Ajzen, I., i 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., i 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., Brusk, J. J., Underhile, R., Rivas, J., Lupella, M., i 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., i 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., i 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., i Gómez-Zúñiga, B. (2007). Una aproximación a la intervención en salud en la Red. A *Intervención en salud en la Red*. UOC Papers [article en línia], 4. UOC.

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

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

Prochaska, J. O., i 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., i 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., i 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. A 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., i 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., i 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 l'assignatura *Salut i xarxa* del Doctorat de la Societat de la Informació i la Comunicació de la UOC.

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

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

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

Weinstein, N. D., i 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. A *Addiction Press*. A Oxford: Blackwell Publishing.

2) Lectures obligatòries

Per treballar aquest mòdul, heu de completar la lectura de la guia amb la lectura en profunditat d'aquests tres documents:

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

(Lectura obligatòria apartat 2).

Es tracta d'un llibre senzill i de caràcter pràctic en el qual s'expliquen amb detall cadascuna de les tècniques d'intervenció cognitivoconductuals que s'han descrit en l'apartat 2 de la guia. L'interès d'aquesta lectura radica en el fet que assenyala, a més de la descripció de cada tècnica, elements clau per a posar-la en pràctica, el procediment que cal seguir per a aplicar-la, les característiques del terapeuta i del client que afavoreixen o entorpeixen l'aplicació de la tècnica, les dificultats principals que poden aparèixer durant l'aplicació i solucions a aquests problemes.

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

(Lectura obligatòria apartat 2).

En aquestes pàgines es descriuen en profunditat la tècnica de relaxació aplicada, la relaxació autògena i tècniques de control de la respiració.

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

(Lectura obligatòria apartat 3).

Aquest article descriu el model de canvi de comportament per a les intervencions per la xarxa proposat per Ritterband *et al.* (2009), i constitueix un exemple clar d'integració de les teories i models exposats en aquest mòdul amb altres procedents d'altres disciplines com la informàtica i la comunicació. A diferèn-

cia dels models i teories exposats amb anterioritat en el mòdul, aquest model no és una aplicació de la teoria tradicional a la xarxa, sinó que sorgeix dins de la SIC per a donar resposta a la seva especificitat com a context d'intervenció psicològica.

3) Material complementari

Per als models de psicologia de la salut:

León, J. M. i 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., i Medina, S. (2003). *Psicología de la salud i la qualitat de vida*. Barcelona: Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya.

Per a les tècniques cognitivoconductuals:

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

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