

## **PROGRAMA EXPERIMENTAL DEL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ANSIEDAD (EN UNA POBLACIÓN DE JÓVENES DELINCUENTES DE ENTRE 21 Y 25 AÑOS). (\*)**

**José Ortiz Bascuñana**

### **RESUMEN**

*La finalidad de este trabajo, es de valorar la eficacia del entrenamiento en técnicas de reducción de la ansiedad. Se suponía que una reducción de la ansiedad llevaría a los sujetos a una mayor participación social, laboral y cultural dentro de la institución. Se actuó, sobre los tres componentes de conducta básicos: fisiológico, motor y cognitivo.*

*El diseño utilizado fué de dos grupos aleatorios (experimental y control) y se compararon los resultados entre ambos. Los resultados obtenidos permitieron inferir la eficacia del programa.*

**Palabras clave:** *Ansiedad; Actividades positivas; Técnicas cognitivo-conductuales; Componentes fisiológico, cognitivo y motor.*

### **SUMMARY**

*The aims of this work is to value the efficacy of training in methods cognitive-behavioral of reduction of the anxiety. It was supposed that one reduction of the anxiety carried to the individuals to a biggest social, laboral and cultural participation in the institution.*

*It was acted over the three basic components of behaving: physiological, motor and cognitive.*

---

(\*) Dedicado a Angelines y a Jose.

*The design used was of two uncertain groups (experimental and control) and it was compared both results. The obtained results permitted to infer the efficacy of the program.*

**Key words:** *Anxiety; Positive activities; Techniques cognitive-behavioral; Components physiological, motor and cognitive.*

## INTRODUCCION

La conducta delictiva desde la Psicología experimental, se ve como una conducta aprendida por el sujeto. En la causa de tal conducta, ha intervenido una historia de refuerzos positivos y negativos, que ha llevado al individuo a delinquir como una forma de refuerzo interno y externo, para sobrevivir.

Pues bien, desde este supuesto teórico, la Psicología del Aprendizaje y más concretamente la Modificación de Conducta, interviene para cambiar la conducta del individuo interno y modificar su historia de refuerzos, internos y externos.

Pero nosotros, nos vamos a centrar en el comportamiento actual del sujeto en el Centro, que se suele caracterizar por apatía, ansiedad y pocas interacciones positivas interpersonales.

Se ha demostrado, según los estudios de estos últimos años, que la ansiedad reduce significativamente el nivel de ejecución de la conducta, este nivel de ejecución queda mermado tanto en cantidad como en calidad de la tarea ejecutada.

Por otro lado, se ha demostrado que el nivel de ansiedad, causado por una situación estresante (que actúa como estímulo) se puede elevar en los sujetos, y producir unas respuestas indeseadas como agresión física (a sí mismo y a otros) y también llegado a un nivel de ansiedad alto, y mantenido este nivel durante cierto tiempo, esta ansiedad se transforma en depresión con sus manifestaciones conductuales (tanto fisiológica y motora como cognitiva).

En consecuencia, nuestras observaciones nos hacen pensar que la población delictiva institucionalizada está continuamente pasando por estas fases (ansiedad y depresión) a lo largo de su vida penitenciaria, sin descartar algunas fases de vida "normalizada".

Resumiendo lo dicho, creemos que revisada la bibliografía al respecto, es factible la reducción de la ansiedad o para ser más exactos, las conductas ansiosas y al mismo tiempo aumentar el autocontrol, la autoestima del interno (recluso), así como su capacidad de relación interpersonal positiva, tanto con otros internos como con el personal funcionario; todo ello actuando en tres frentes de forma secuenciada, como sigue:

1º. En el plano fisiológico, la intervención consistirá en disminuir la activación nerviosa, hasta niveles de normalización entendiéndose por nivel de normalización, aquel en que el sujeto es capaz de llevar a cabo una actividad manual, cultural o deportiva, durante cierto tiempo y sin cometer errores de ejecución, que no sean de los derivados de la simple falta de pericia inicial.

A) ACTIVACION FISIOLÓGICA ELEVADA

TAREA ESCASA  
Y DEFICIENTE

B) FALTA DE PERICIA

Por lo tanto, la intervención nuestra, en este plano, consiste en eliminar la primera causa del déficit en ejecución sobre la tarea; esto lo conseguimos, con técnicas de relajación muscular de Jacobson.

2º. El segundo frente, donde consideramos que se debe intervenir para reducir la ansiedad, es en el nivel cognitivo.

Las últimas aportaciones de la psicología cognitiva demuestran, la importancia que los pensamientos inadecuados, tienen para iniciar y/o mantener una conducta inadecuada a la situación. Es decir, que ante una situación estresante, el sujeto que no está preparado cognitivamente (es decir que el sujeto no ha aprendido a ver la situación de forma diferente), puede aumentar, su activación y ésta llevarle a una actuación deficiente en dichas situaciones difíciles.

Así pues, algunas técnicas terapéuticas cognitivas como Inoculación de estrés, Reestructuración cognitiva, Cambio de atribución, Entrenamiento en autoinstrucciones, y Solución de problemas, pueden solucionar, en parte, este déficit cognitivo.

Todas estas técnicas tienen por objetivo, que el sujeto inmerso en una situación estresante (entendiéndose por situación estresante aquella situación compuesta de estímulos incontrolados), sea capaz de focalizar la atención sobre los estímulos positivos que toda situación conlleva, y así emitir respuestas positivas a la situación estresante o lo que es igual a "controlar" los estímulos.

Por otro lado, con estas técnicas se quiere conseguir que el interno autocontrole su conducta, ya que es sabido que este autocontrol conlleva a admitir una demora de la recompensa, y esto es visto como un componente necesario en el desarrollo normal de la personalidad y la socialización (Mischel, 1966).

3º. Por último, para completar nuestra intervención sobre la conducta lo hacemos en el componente motor, entendiéndose como toda conducta observable y objetivable. En este componente de la conducta incluimos, la conducta

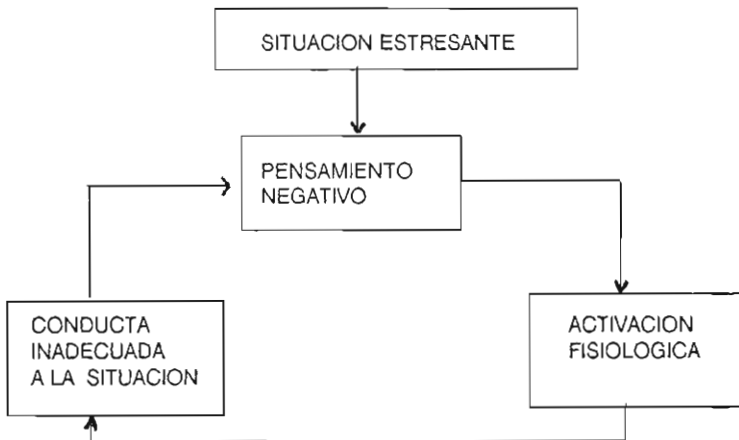
verbal, y la no verbal y tanto a nivel molar (actuación completa de un sujeto ante una situación concreta y estresante), como molecular (análisis de la conducta en gestos, palabras, proxémica, etc.).

Toda esta intervención terapéutica, sobre el componente motor de la conducta, la llevamos a cabo a través de un entrenamiento en habilidades sociales (EHS). Para ello tenemos en cuenta, las premisas que subyacen a todo EHS, que según Curran (1985, op. cit. en Caballo, 1988) son:

1. Las relaciones interpersonales son importantes para el desarrollo y funcionamiento psicológico.
2. La falta de armonía interpersonal puede contribuir o conducir a disfunciones y perturbaciones psicológicas.
3. Ciertos estilos y estrategias interpersonales son más adaptativas que otros estilos para clases específicas de encuentros sociales.
4. Estos estilos y estrategias interpersonales pueden especificarse y enseñarse.
5. Una vez aprendidas estos estilos y estrategias mejorarán la competencia en esas situaciones específicas.
6. La mejora en la competencia interpersonal puede contribuir o conducir a la mejora en el funcionamiento psicológico . (pág. 177).

Resumiendo, con el tratamiento queremos romper por alguna parte la siguiente cadena de hechos (ver Fig. 1), activada por una situación difícil de resolver o estresante.

**FIGURA . 1. - Activación, componentes y proceso de la conducta de ansiedad**

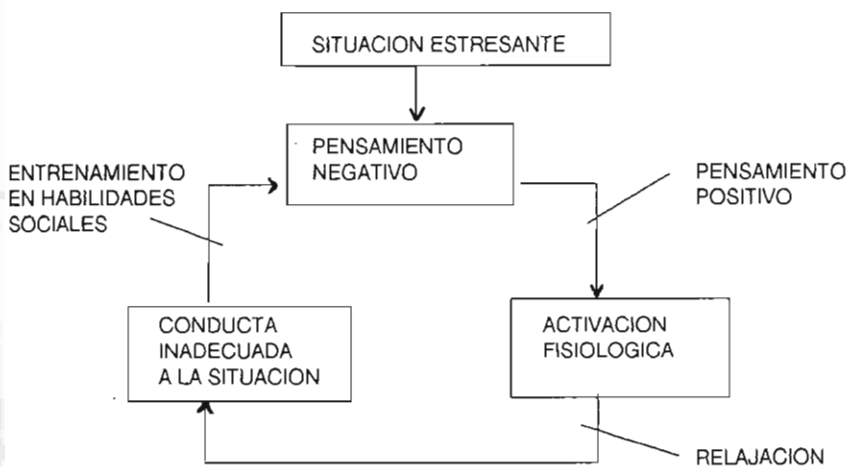


Explicación de la Figura 1:

1. Ante una situación estresante (estímulo), el sujeto emite una respuesta a nivel cognitivo (pensamiento negativo).
2. Y si este pensamiento negativo no se detiene, este pensamiento negativo sirve de estímulo para la siguiente respuesta que es la activación fisiológica.
3. Y si esta respuesta no es cortada y controlada, puede ésta servir asimismo de estímulo desencadenante de la respuesta siguiente que es una conducta motora, inadecuada a la situación.
4. Y si esta respuesta tampoco es controlada por el sujeto, entonces servirá esta respuesta como estímulo a la última (y primera) respuesta que es otro pensamiento negativo; cerrándose así el círculo de estímulos y respuestas desadaptativas y continuas.

Pero como decíamos más arriba, el círculo lo podemos cortar por cualquier parte, a saber (ver Figura 2), a) si el sujeto ya está emitiendo una respuesta en el plano cognitivo (pensamiento) le podemos enseñar a modificar este pensamiento por otro más positivo y adaptativo, b) si ya está emitiendo una respuesta de activación en el plano fisiológico, lo podemos controlar enseñando al sujeto a relajarse, 3) y por último, si el sujeto emite una respuesta a nivel motor, también podemos cortar el círculo por aquí, entrenando al sujeto en Habilidades Sociales.

**FIGURA 2.-Activación, componente, proceso y tratamiento de la conducta de ansiedad**



## Respuestas:

Toda posible mejoría en la reducción de la ansiedad se midió con conductas objetivables externas al experimentador, por ello se tomó como indicativo de la reducción de la ansiedad, el grado de participación en otras actividades positivas ajenas a la terapia individual y grupal (ver ANEXO Registro Diario de Conducta)

## Estímulos:

La situación estresante la podemos definir de forma molar (el hecho de estar varios meses o años en prisión) o de forma molecular (amenazas recibidas por parte de otro interno, no recibir noticias postales, ruptura con la pareja o la familia, etc.), para nuestro estudio aceptamos la primera (molar), e intervenimos sobre la segunda (molecular), para que por efecto de aprendizaje actuara sobre la primera.

<u>ESTIMULO LEJANO</u>	<u>ESTIMULO INMEDIATO</u>	<u>TRATAMIENTO</u>	<u>CONSECUENCIAS</u>
prisión	discusión entre internos	control de la situación concreta	menos discusiones entre él (sujeto objeto de intervención) y los demás internos.

Con todo lo dicho, aceptamos uno de los actuales esquemas vigentes en Modificación de Conducta (Carrobes, J.A. , 1986):

### ANTES DEL TRATAMIENTO

E----->	O----->	R----->	C----->	K
Prisión	Tensión	Conducta Inadecuada	Castigo	+ (relación entre R y C)

### DESPUES DEL TRATAMIENTO

E----->	O----->	R----->	C----->	K
Prisión	Tensión	Conducta Adecuada	No Castigo	- (relación entre R y C)

Siguiendo el esquema lo que se pretende con el tratamiento es invertir K, es decir la relación entre R (respuesta y C (consecuencias); para ello establecemos dos tipos de objetivos, directos e indirectos.

Objetivos directos del tratamiento:

- Lograr que el interno aprenda a relajarse en situaciones difíciles.
- Conseguir que el sujeto aprenda a ver la situación de forma diferente, focalizando su atención en aspectos positivos y reforzantes de dichas situaciones difíciles.
- Conseguir que el interno aprenda un comportamiento verbal y no-verbal de forma adecuada en cada situación, modificando el comportamiento, tanto inhibido como agresivo, por pautas de conducta más asertivas.

Objetivos indirectos del tratamiento:

- Reducir su grado de ansiedad en los tres niveles fisiológico, cognitivo y motor.
- Disminuir el número de las actividades negativas que son motivo de faltas (quebrantamiento de las normas del Centro).
- Aumentar su participación en actividades positivas estructuradas.

## PROBLEMATICA

Se ha observado que la ansiedad, es una conducta frecuente en el Centro Penitenciario. Esta ansiedad suele estar causada por un lado, por la larga condena que tienen muchos de estos internos; por otro lado, por la inminente salida del interno del régimen penitenciario a la vida normalizada en libertad, y por último, por el inmediato disfrute de un permiso.

A su vez, esta ansiedad, sea por una u otra causa, desequilibra la conducta del interno, provocando a su vez malestar a sí mismo, y a los demás. Al mismo tiempo esta ansiedad disminuye la motivación y el interés por tareas que le son útiles para su formación y posterior vida en libertad.

Por ello, se consideró importante intervenir sobre este tipo de conducta, y sobre una población tan específica, y estudiar así la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales, aplicadas de forma individual (la mayor parte del paquete terapéutico) y grupal.

## HIPOTESIS

Nuestra hipótesis pues, es la siguiente: si reducimos el nivel de ansiedad de los internos, disminuirán el número de faltas y aumentarán el número de horas

de participación en actividades estructuradas (deportivas, culturales y laborales).

Hipótesis de trabajo:

Si aplicamos, técnicas cognitivo-conductuales de reducción de ansiedad a sus tres componentes de conducta (motor, fisiológico y cognitivo), a los sujetos experimentales, entonces aumentará el número de horas de participación en actividades estructuradas (deportivas, culturales y laborales) y disminuirán su nivel de ansiedad medida a través del test ISRA.

Hipótesis nula:

No habrá diferencias entre los grupos (experimental y control).

## JUSTIFICACION

El motivo de utilizar las técnicas cognitivo-conductuales (un paquete de algunas de ellas) de reducción de ansiedad, es 1º ) porque, concebimos la respuesta de ansiedad con tres componentes (motor, fisiológico y cognitivo) y creemos asimismo, que actuando sobre estos componentes, podremos inducir cambios positivos, más duraderos en la conducta y hábitos del interno; y 2º ) porque concebimos, la conducta de ansiedad en gran parte aprendida, y por este motivo las técnicas cognitivo-conductuales, derivadas de la Psicología del Aprendizaje, son las más adecuadas (dentro de este paradigma), para modificar la conducta de los sujetos.

## METODOLOGIA

### Sujetos:

Los sujetos son varones de edades comprendidas entre 21 y 25 años, con penas superiores a los dos años en todos los casos.

La clasificación de los internos es 2º grado, en régimen penitenciario ordinario.

El número de sujetos es de 18, seleccionados de forma aleatoria.

### Grupos:

Se establecen dos grupos de sujetos, uno experimental y otro de control. A ambos grupos se les pasa por las fases de evaluación, tratamiento y seguimiento, a excepción del grupo control que no es sometido al tratamiento.



GRUPO	EXPERIMENTAL:	EVAL ----> TRAT. -----> SEGUIM.
	CONTROL:	EVAL ---> TRAT. -----> SEGUIM.

**Tipo de diseño:**

Diseño de dos grupos (experimental y control) con medida pre y post tratamiento.

	O X O
Notación según Cook y Campbell	-----
	O O

Siendo, O la medida de la variable dependiente y la X la inclusión del tratamiento.

**Variable Independiente:**

La variable operativizada es el número de horas de aplicación del paquete terapéutico (técnicas cognitivo-conductuales de reducción de la ansiedad).

**Variable Dependiente:**

La variable dependiente operativizada, es el número de horas de asistencia a actividades positivas estructuradas (deportivas, culturales y laborales), medida por registros de conducta realizados por los propios internos y también por registros de conducta, realizados por los funcionarios y educador.

Y otra medida que se ha tomado, es el grado de reducción de la ansiedad (medida por el test ISRA).

Por lo tanto, tenemos dos tipos de medidas, unas objetivas (registros de conducta) y otras subjetivas (test ISRA), para medir la variable dependiente.

**Material :**

Para la evaluación y seguimiento:

- Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA)
- Hoja de Registro Diario de Conducta (elaborado para este programa). (ver ANEXO 1).

Para el tratamiento: (ver procedimiento)

**Procedimiento:**

Se establecen dos grupos de sujetos, uno experimental (9 sujetos) y otro de control (9 sujetos), que son asignados a un grupo y a otro de forma aleatoria.

El criterio de selección, fué de internos que permanecieran 6 meses o más en el centro penitenciario, pero al estar la mayoría de los sujetos en esta situación, se consideró que la forma de asignación de los sujetos al experimento sería, por aleatorización la más adecuada.

Establecemos tres fases para el grupo experimental (evaluación, tratamiento y seguimiento) dos fases para el grupo control (evaluación y seguimiento).

*1ª Fase. Evaluación*

Aplicación: Se aplica tanto al grupo experimental como al grupo control.

Duración: 3 semanas (52 horas), con aproximadamente 17 horas semanales.

Técnicas:

- Entrevista individual
- Cuestionarios I S R A
- Observación directa (de conductas de actividades positivas estructuradas).
- Observación indirecta (informes de los últimos 6 meses, con relación a las infracciones o faltas cometidas durante este tiempo).

Se asigna una hora y media de evaluación (con entrevista e Inventario ISRA) con cada interno, y dos semanas de observación de la conducta de los internos a cargo de los funcionarios (la observación se mide por el número de horas que dedica cada interno a realizar actividades positivas estructuradas).

La entrevista y el Inventario ISRA, se realizan de forma individual, en una habitación con iluminación y ventilación adecuadas.

*2ª Fase. Tratamiento.*

Aplicación: Se aplica solamente al grupo experimental.

Duración: 15 semanas (255 horas), con aproximadamente 17 horas semanales.

Técnicas:

Conducta fisiológica:

- Entrenamiento en Relajación Progresiva de Jacobson
- Ejercicios de respiración

Conducta motora:

- Entrenamiento en Habilidades Sociales

Conducta cognitiva:

- Técnica de Inoculación al Estrés
- Reestructuración Cognitiva
- Técnica de Autoinstrucciones
- Técnica de Solución de Problemas
- Cambio de Atribución

Sesión de tratamiento: Su duración era de 1 hora y media aproximadamente. El tratamiento de la conducta fisiológica y cognitiva se realizó, de forma individualizada y el tratamiento de la conducta motora se realizó de forma grupal, con ayuda de coterapeuta (Psicóloga del Equipo de Tratamiento), utilizando una cámara de video y monitor de TV, para retroalimentación de las conductas emitidas por los sujetos experimentales, durante cada sesión.

En cada entrenamiento, se siguieron los pasos siguientes:

- A) Presentación de la técnica
- B) Demostración de dicha técnica
- C) Discusión de la misma
- D) Retroalimentación sobre la ejecución de la técnica.

Los sujetos una vez aprendida cada técnica durante la sesión, la practicaban fuera de la sesión y llevaban, un registro diario de la realización de la misma.

Esta práctica y registro posterior de cada técnica aprendida se consideró importante, sobre todo para las conductas cognitivas y fisiológicas.

### 3ª Fase. Seguimiento:

Aplicación: Se aplica tanto al grupo experimental como al grupo control.

Duración: 6 semanas (102 horas), con aproximadamente 17 horas semanales.

Técnicas:

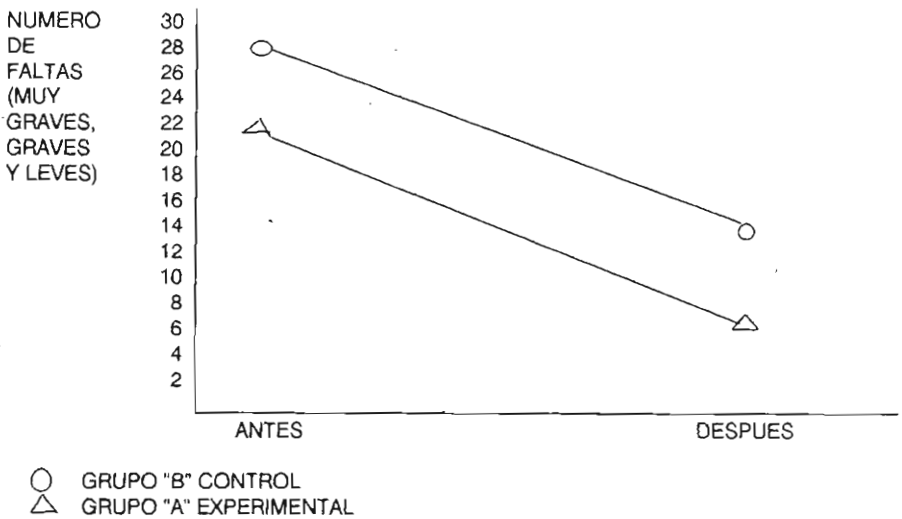
- Entrevista individual
- Inventario I S R A
- Observación directa (de conductas de actividades estructuradas positivas).
- Observación indirecta (informes de los últimos 6 meses, con relación a las infracciones o faltas cometidas por los internos, durante este tiempo).

La observación directa de las actividades positivas estructuradas, se realizó durante 15 días consecutivos, y desde las 8 de la mañana hasta las 8 de la tarde, hora de comienzo y finalización respectivamente, de dichas actividades, y tanto en la fase de Evaluación, como en la fase de Seguimiento.

## RESULTADOS

Como se comentó al principio de este estudio, los resultados fueron favorables a la Hipótesis de trabajo.

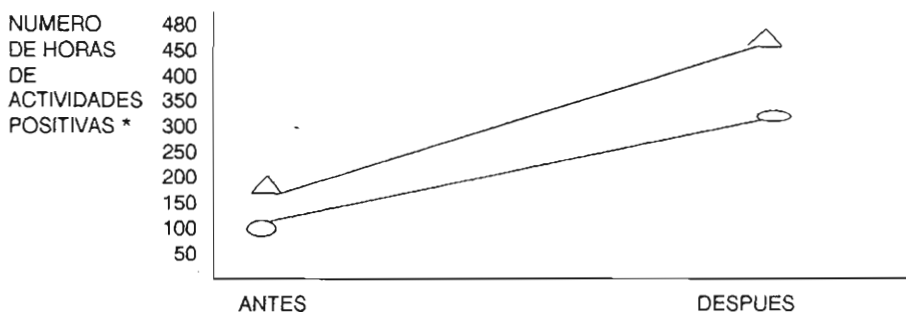
### GRAFICA 1.- Número de faltas cometidas antes y después del tratamiento



La gráfica 1 representa el número de infracciones o faltas (quebrantamiento de las normas reglamentarias), clasificadas como muy graves, graves y leves, pero aquí se han fundido todas para ambos grupos, experimental y control (en adelante, grupo A y grupo B respectivamente), y han quedado denominadas como faltas. Pues bien, observamos un descenso de estas faltas, en ambos grupos después de 6 meses de permanencia de los internos en el Centro, tanto si han recibido el tratamiento (grupo A), como si no lo han recibido (grupo B); además, las diferencias no son significativas entre los grupos (según el estadístico F).

Las diferencias, en cambio, si son significativas entre los grupos A y B, antes y después de su entrada al Centro, estas diferencias son significativas con una probabilidad de error menor de 0'05; por lo que se puede hipotetizar para futuros estudios, que la entrada a un centro de estas características (reducida población reclusa), tiene un efecto favorable para los internos habida cuenta que todos los reclusos, procedían de centros donde había una mayor población reclusa.

**GRAFICA 2.-Número de horas empleadas en actividades positivas, antes y después del tratamiento.**



△ GRUPO "A" EXPERIMENTAL  
○ GRUPO "B" CONTROL

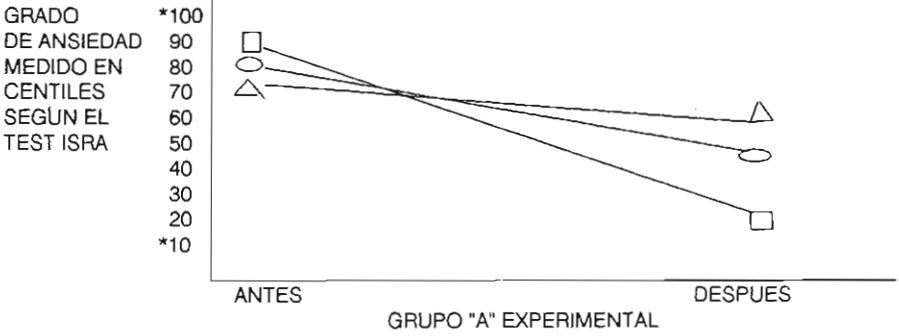
\* DEPORTIVAS, CULTURALES, LABORALES

La gráfica 2 representa el número de horas de actividades positivas estructuradas y se observa que antes del tratamiento las diferencias entre los grupos no son significativas; pero después del tratamiento las diferencias, sí se hacen significativas (con una probabilidad de error menor de 0'01) entre los grupos experimental A y control B, por lo que podemos deducir que el tratamiento al que ha sido sometido el grupo A, ha resultado eficaz, confirmandose la hipótesis de trabajo.

Hay que apuntar, que el grupo experimental que fué superior en número de horas de actividades positivas estructuradas, éstas a su vez estaban divididas en tres apartados a) número de horas de actividades culturales, b) deportivas y c) laborales, y lo que se ha observado es que en las actividades, que más se diferenciaron fueron en horas dedicadas a actividades culturales, y en las que menos se diferenciaron fueron en actividades deportivas, pudiendose extraer la conclusión hipotética, de que el tratamiento indujo a los sujetos a fomentar más las actividades culturales, que las otras (deportivas y laborales).

Referente a la gráfica 3, que refleja los resultados del nivel de ansiedad del grupo experimental A, observamos que hay un descenso de los tres componentes conductuales de la conducta de ansiedad, a saber, motor, fisiológico y cognitivo, resultando las diferencias antes y después del tratamiento, significativas con una probabilidad de error menor de 0'05 ( $p < 0'05$ ).

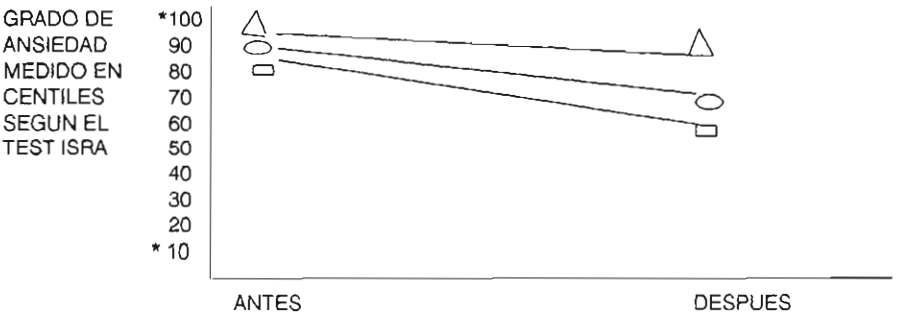
**GRAFICA 3.- Grado de ansiedad del grupo A antes y después del tratamiento**



- △ COMPONENTES FISIOLÓGICO
- COMPONENTE MOTOR
- COMPONENTE COGNITIVO

\* 10 BAJA ANSIEDAD  
 \* 100 ALTA ANSIEDAD

**GRAFICA 4.- Grado de ansiedad del grupo B antes y después del tratamiento**



- △ COMPONENTE FISIOLÓGICO
- COMPONENTE MOTOR
- COMPONENTE COGNITIVO

\* 10 BAJA ANSIEDAD  
 \*100 ALTA ANSIEDAD

Si ahora, observamos la gráfica número 4, podemos observar, que el grupo de control B no experimenta diferencias significativas comparando los niveles de ansiedad, antes y después; por lo que podemos deducir que el tratamiento, también fué eficaz para reducir la ansiedad, medida por el test ISRA, aplicado antes y después del tratamiento.

Estas medidas subjetivas (test ISRA), apoyan las medidas objetivas (Registros Diarios de Conducta), de la variable dependiente.

Volviendo a la gráfica número 3, referente a la actuación del grupo experimental, observamos que hay una interacción entre el componente fisiológico y el componente cognitivo, relativamente importante, bajando el grado de ansiedad del componente cognitivo, de forma sustancial, y no haciéndolo así el componente fisiológico; situándose el componente motor en una zona intermedia.

¿Podemos atribuir pues, a la vista de estos resultados, una mayor eficacia de las técnicas cognitivas, frente a las técnicas de relajación?

No creemos, sin embargo, que se pueda establecer una relación directa entre cada una de las técnicas y sus efectos sobre los distintos componentes de la conducta de ansiedad, ya que en este programa utilizamos, todas las técnicas cognitivas, motoras y fisiológicas de forma conjunta (paquete terapéutico), para reducir la ansiedad y no de forma aislada e independiente para cada uno de los componentes conductuales de la ansiedad, y de esta forma, poder comparar el efecto diferencial de cada una de ellas (técnicas cognitivo-conductuales).

Por otro lado, comparando las gráficas 3 y 4, observamos que después del periodo de estudio (6 meses de duración), se mantiene siempre más alto el componente fisiológico, frente al componente cognitivo de la ansiedad, de lo cual cabría deducir la una mayor dificultad, para reducir el grado de ansiedad, en el componente fisiológico.

## DISCUSION

En general, se puede concluir que el tratamiento ha sido eficaz, tanto utilizando terapia individual y con un solo terapeuta (relajación y reestructuración cognitiva), como con terapia grupal y con ayuda de coterapeuta (entrenamiento en habilidades sociales). Por tanto, el bloque de terapia utilizado que incluye, técnicas de relajación (para modificar el componente fisiológico), técnicas de reestructuración cognitiva (para modificar el componente cognitivo), y técnicas de habilidades sociales (para modificar el componente motor), es eficaz de forma significativa para reducir la ansiedad por un lado, y conseguir de forma simultánea que esta reducción se

manifieste, en una mayor participación en tarea estructuradas positivas, por otro.

Un efecto no esperado en este programa, pero que sería importante tener en cuenta para futuras investigaciones, es el referido a:

1<sup>º</sup>) La reducción de las faltas en ambos grupos.

2<sup>º</sup>) El aumento de la participación, en tareas positivas, también en ambos grupos.

3<sup>º</sup>) El descenso de la ansiedad, aunque no significativo, del grupo control.

Este efecto, podría ser el resultado de que el sujeto, se encuentre, más satisfecho con el trato que recibe, más personal al ser centro pequeño y donde el sujeto "posiblemente" recibe más refuerzo positivo diariamente por su conducta.

Asimismo, decir que el tratamiento cumple dos finalidades a nuestro juicio importantes, por un lado, reduce el nivel de ansiedad del interno, y por otro, hace que los sujetos se integren en actividades positivas estructuradas, en las cuales reciben refuerzos positivos y paralelamente tienden a rechazar conductas y actividades (faltas), por las que reciben refuerzos negativos y/o ausencia de refuerzos positivos.

Así pues, hay que señalar dos efectos encontrados en este estudio, un efecto buscado (tratamiento), que ha sido eficaz y otro efecto no buscado (efecto de entrada al Centro), que también ha sido eficaz, al menos para reducir la conducta negativa, de los internos.

Otro punto de interés a destacar, es que sería conveniente que, no solo el psicólogo/a (o el monitor terapéutico) estuviera preparado, para observar las actividades positivas del interno, así como su posterior refuerzo, sino que sería interesante promover la preparación de los funcionarios para esta tarea reforzadora de actividades positivas y simultáneamente la extinción de actividades negativas.

Por todo ello concluimos, por un lado, que la ansiedad (en este estudio, la equiparamos a conducta ansiosa con tres componentes), es en gran parte una conducta aprendida (Tarp, 1975) y por ello surten efecto positivo, los tratamientos encaminados hacia el aprendizaje de conductas opuestas (a la respuesta de ansiedad), y por otro lado, que los efectos producidos por las técnicas cognitivo-conductuales, son prometedores, en cuanto al tratamiento de conductas ansiosas, se refiere.

Sería por tanto deseable, una mayor implantación de estas técnicas cognitivo-conductuales, en este tipo de conductas y sobre todo, con este tipo de población institucionalizada.

Por último, sería importante que el "efecto entrada al Centro", que es una variable extraña, no controlada, se estudie como variable independiente en futuras investigaciones.



**ANEXO**  
**REGISTRO DIARIO DE CONDUCTA**

NOMBRE \_\_\_\_\_  
DEPARTAMENTO \_\_\_\_\_  
FECHA \_\_\_\_\_

MAÑANA

<u>TAREA</u>	<u>TIEMPO</u>			
	1/4 H	1/2 H	1 hora	2 horas o más
- ACTIVIDADES DEPORTIVAS	+	+	+	+
- ACTIVIDADES CULTURALES	+	+	+	+
- ACTIVIDADES LABORALES	+	+	+	+

TARDE

- ACTIVIDADES DEPORTIVAS	+	+	+	+
- ACTIVIDADES CULTURALES	+	+	+	+
- ACTIVIDADES LABORALES	+	+	+	+

## BIBLIOGRAFIA

- ARDILA, R. (1980): **Terapia del Comportamiento: fundamentos, técnicas y aplicaciones**. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- BANDURA, A. y WALTER, R.H. (1974): **Aprendizaje Social y Desarrollo de la Personalidad**. Madrid. Alianza Editorial.
- BARLOW, D.H., COHEN, A.S., WADDEL, M.T., VERMLYEA, B., KLOSKO, J.S., BLANCHARD, E.B. y DI NARDO, P.A. (1986): Panic and Generalized Anxiety Disorders: Nature and Treatment. **Behavior Therapy**. No.5, pp. 431-449.
- BEECH, H.R., BURNS, L.E., SHEFFIELD, B.F. (1986): **Tratamiento del estrés: un enfoque comportamental**. Madrid. Alhambra.
- BERMUDEZ, J. (1985): **Psicología de la Personalidad**. Madrid. UNED.
- BUCETA, J.M. (1988): Entrenamiento en relajación progresiva: aplicaciones de un procedimiento tradicional. En **Revista Española de Terapia del Comportamiento**. N 2, pp. 127-138.
- CABALLO, V. (1988): **Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales**. Valencia. Promolibro.
- CARRASCO, I. (1985): Tratamiento de los problemas de aserción por medio de técnicas cognitivo-conductuales. En **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, 1, 29-50.
- CARROBLES, J.A. (1985): **Análisis y Modificación de la Conducta II**. Madrid. UNED.
- CARO, I. (1985): Diagnóstico y tratamiento de un trastorno de ansiedad generalizada. En **Análisis y Modificación de Conducta**., 28, 173-340.
- CAUTELA, J.R. y GRODEN, J. (1985): **Técnicas de Relajación**. Madrid, Martínez Roca.
- CLEMENTE, M. (1987): El control social y la marginación. En **Revista de Estudios Penitenciarios**, 238, 19-31.
- DAVIS, M., MCKAY, M. y ESHELMAN, E.R. (1985): **Técnicas de Autocontrol Emocional**. Madrid, Martínez Roca.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. (1983): **Psicodiagnóstico**. Madrid. UNED.
- FERNANDEZ BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J.A.I. (1983): **Evaluación Conductual**. Madrid. Pirámide.
- GARCIA GARCIA, J. (1987): Efectos del encarcelamiento: Investigación e Intervención. En **Revista de Estudios Penitenciarios**, 237, 43-56.
- GARCIA, J. y SANCHA, V. (1985): **Psicología Penitenciaria**. Madrid, UNED.
- GARRIDO GENOVES, V. (1986): El tratamiento penitenciario, en la encrucijada. En **Revista de Estudios Penitenciarios**, 236, 21-31.
- GRAIGHEAD, W. KAZDIN, A. y MAHONEY, M.J. (1984): **Modificación de Conducta**. Barcelona. Omega.
- IZQUIERDO, A. (1988): **Empleo de métodos y técnicas en terapia de conducta**. Valencia. Promolibro.
- KELLY, J.A. (1987): **Entrenamiento de las Habilidades Sociales**. Bilbao. Desclee de Brouwer.
- LADOUCEUR, M. BOUCHARD, L. y GRANGER, R. (1981): **Principios y Aplicaciones de las Terapias de Conducta**. Madrid. Debate.
- LEITENBERG, H. (1983): **Modificación y Terapia de Conducta**. Madrid. Morata.
- LUENGO, M.A. y SALCEDO, M.C. (1984): Modificación de la conducta y tratamiento de la delincuencia juvenil: Una revisión. En **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, 2, 171-184.
- MACIA ANTON, D. y MENDEZ CARRILLO, F. (1988): **Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta**. Madrid. Pirámide.
- MATHEWS, A. and MacLEOD (1986): Discrimination of Threat Cues Without Awareness in Anxiety States. In **Journal of Abnormal Psychology**, 2, 131-138.
- MATHEWS, A. and MacLEOD (1985): Selective processing of Threat Cues in Anxiety States. In

- Behav. Res. Ther**, 5, 563-569.
- MAYOR, J. y LABRADOR, F.J. (1987): **Manual de Modificación de Conducta**. Madrid. Alhambra.
- McKAY, M.; DAVIS, M. y FANNING, P. (1985): **Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés**. Madrid, Martínez Roca.
- MEICHENBAUM, D. (1987): **Manual de inoculación de estrés**. Madrid. Martínez Roca.
- MESTRE, M.V. y DEL BARRIO M.V. (1986): Factores emocionales y sociales en jóvenes delincuentes. En **Análisis y Modificación de Conducta**, 31-32, 141-148.
- MOGG, K., WEINMAN, J. and MATHEWS, A. (1987): Memory Bias in Clinical Anxiety. In **Journal of Abnormal Psychology**, 2, 94-98.
- MORRIS, DAVIS y HUTCHINGS (1981): Cognitive and Emotional Components of Anxiety: Literature Review and a Revised Worry-Emotionality Scale" In **Journal of Educational Psychology**, 4, 541-555.
- PEÑATE, W. y ALMEIDA, A. (1985): Ansiedad y predicción: Una interpretación paramétrica. En **Análisis y Modificación de Conducta**, 29, 409-424.
- RACHIN, H. (1982): **Comportamiento y Aprendizaje**. Barcelona. Omega.
- SANDIN, B. (1986): **Aportaciones recientes a la Psicopatología**. Madrid. Novamedic.
- SANDIN, B. y BERMUDEZ, J. (1989): **Procesos Emocionales y Salud**. Madrid. Cuadernos de la UNED.
- SARASON, I.G. (1980): **Test anxiety: Theory, Research and Applications**. LEA, New Jersey.
- TARPY, R.M. (1977): **Principios básicos del Aprendizaje**. Madrid. Debate.
- TOBEÑA PALLARES, A. (1986): **Trastornos de ansiedad**. Barcelona. Alamex.
- VILLAMARIN CID, F. (1990): Papel de la autoeficacia en los trastornos de Ansiedad y Depresión. En **Análisis y Modificación de Conducta**, 47, 55-79.
- WEISINGER, H. (1988): **Técnicas para el control del comportamiento agresivo**. Madrid. Martínez Roca.

## AGRADECIMIENTOS:

Mi agradecimiento, por su desinteresada colaboración a la Subdirectora del Centro Sra. Doña María de los Desamparados Álvarez Gómez, a la Psicóloga del Equipo de Tratamiento Doña Laura Pérez Del Molino Castellanos, al Director del Centro Don José Antonio Muñoz López, a Fernando Villanueva Marín, y cómo no, a todos los internos y funcionarios del Centro Penitenciario de Alcázar de S. Juan, ya que sin su ayuda, hubiese sido imposible, la realización de este trabajo.