

Formulación de casos y diseño de tratamientos

Cognitivo - Conductuales

UN ENFOQUE BASADO
EN PROBLEMAS

*Arthur M. Nezu
Christine Maguth Nezu
Elizabeth Lombardo*



Manual Moderno®

**Formulación de casos y diseño de
tratamientos cognitivo-conductuales.
Un enfoque basado en problemas**



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D.F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05
Bogotá, D.C.



Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas

ARTHUR M. NEZU. PhD
CHRISTINE MAGUTH NEZU, PhD
ELIZABETH LOMBARDO, PhD

Traducción
Sr. Ricardo Martín Rubio Ruíz

Revisión técnica
María Isabel Barrera Villalpando
Maestra en Psicología,
Unidad de Psicofisiología Aplicada, Depto. de Psicología,
Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Editor responsable
Dr. Emilio Márquez Orta
Editorial El Manual Moderno



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F.

Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

**Nos interesa su opinión,
comuníquese con nosotros:**



Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col. Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.



(52-55)52-65-11-62



(52-55)52-65-11-00



info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de producto
 - Novedades
 - Pruebas psicológicas en línea y más
- www.manualmoderno.com

**Cognitive-behavioral case formulation and
treatment design: a problem-solving approach**

Copyright © 2004 by Springer Publishing Company, Inc.
New York 10036 8002
ISBN 0-8261-2285-X

**Formulación de casos y diseño de tratamientos
cognitivo-conductuales. Un enfoque basado
en problemas**

D.R. © 2006 por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
ISBN 970-729-235-0
ISBN 978-607-448-204-1 Versión electrónica
Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Nezu, Arthur M.

Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales : un enfoque basado en problemas / Arthur M. Nezu, Christine Maguth Nezu, Elizabeth Lombardo ; tr. Ricardo Martín Rubio Ruiz. -- México : Editorial El Manual Moderno, 2006.

x, 308 p. ; 23 cm.

Traducción de: Cognitive-behavioral case formulation and treatment design : a problem-solving approach

Incluye índice
ISBN 970-729-235-0

1. Terapia cognitiva. 2. Terapia cognitiva – Estudio de casos. 3. Terapia de la conducta – Toma de decisiones – Estudio de casos. 4. Terapia de la solución de problemas. I. Nezu, Christine Maguth. II. Lombardo, Elizabeth. III. Rubio Ruiz, Ricardo Martín, tr. IV. t.

616.89142 NEZ.f.

Biblioteca Nacional de México

Dir. Editorial
Dr. Alfredo R. Boyd Filós

Editora asociada
Lic. Berenice Valverde Campuzano

Diseño de portada
Sr. Sergio Alejandro Pérez Colín

A Cristina, por la belleza de su corazón, mente y alma.
A. M. N.

A Arthur, mi amor, compañero y alma gemela.
C. M. N.

A Jeffrey, por su amor y apoyo devotos.
E. R. L.

Contenido

Prefacio	IX
I. De la formulación de caso al diseño del tratamiento:	
Uso de un modelo de resolución de problemas	1
1. Una sola medida no les queda a todos. El terapeuta cognitivo-conductual como solucionador de problemas	3
2. Aplicación del modelo de resolución de problemas a la formulación de caso cognitivo-conductual	13
3. Aplicación del modelo de resolución de problemas al diseño del tratamiento cognitivo-conductual	37
4. Modo de empleo de esta guía de tratamiento para pacientes ambulatorios	51
II. Trastornos y problemas específicos	61
5. Depresión	63
6. Fobias específicas	83
7. Trastorno de angustia y agorafobia	99
8. Trastorno de ansiedad generalizada	119
9. Ansiedad social	139
10. Trastorno obsesivo-compulsivo	155
11. Trastorno por estrés postraumático	171

12. Trastorno límite de la personalidad	193
13. Trastorno de la erección	217
14. Angustia de pareja	231
15. Problemas de ira	249

Apéndices

A. Guía rápida de tratamiento dirigido	269
B. Descripción de estrategias cognitivo-conductuales selectas	283

Índice	299
---------------------	------------

Prefacio

Si bien, se han diseñado intervenciones de corte empírico para trastornos psicológicos específicos, todo terapeuta en ejercicio coincidirá en que es poco frecuente el “clásico paciente de libro de texto”. En otras palabras, debido a enormes variaciones de factores referentes tanto al entorno del paciente como al ambiente mismo (p. ej., raza, edad, religión, posición socioeconómica, diagnósticos comórbidos, gravedad de síntomas, etc.), incluso entre personas que asisten a consulta externa con el mismo problema o diagnóstico, los tratantes se dan cuenta de que necesitan ajustar su tratamiento a las características y circunstancias únicas de un paciente determinado. Muy a menudo, sobre todo cuando se trata de presiones que provienen de políticas de atención médica, nos sentimos frustrados porque el paciente que se presenta ante nosotros es muy diferente de aquél sobre quien leímos en los estudios e investigaciones, lo que en ocasiones nos hace vacilar sobre los pasos conducentes.

Esta frustración es lo que nos motivó a escribir un libro que sirva como guía al terapeuta mediante el proceso de formulación de caso y diseño de tratamiento cognitivo-conductual, que considera tales variaciones. Así, presentaremos primero un modelo de toma de decisión clínica con base en un paradigma de resolución de problemas. Este modelo sugiere que el terapeuta se comprometa en un proceso más “dirigido a la resolución de problemas y basado en el razonamiento científico” al diseñar un tratamiento, con el fin de aplicar de manera más eficaz la información nomotética proveniente de la bibliografía de investigación a una base ideográfica en la práctica clínica.

Después damos guías detalladas para planear el tratamiento. De forma específica, dentro del contexto del modelo de resolución de problemas, y con base en la bibliografía empírica, delinearemos *a)* metas a corto plazo, *b)* metas a largo plazo, *c)* objetivos del tratamiento y *d)* intervenciones potenciales para los obje-

tivos del tratamiento respecto de los 11 trastornos y problemas psicológicos más comunes (p. ej., trastorno depresivo grave, ansiedad generalizada, trastorno de personalidad limítrofe y problemas de ira). Por tanto, esta obra proporciona una referencia estructurada que contribuye al proceso de formulación de caso y diseño del tratamiento. En particular, destacamos el vínculo entre una formulación de caso precisa y una planeación del tratamiento eficaz.

Con la culminación de este trabajo, deseamos agradecer a Sheri Sussman, de Springer, por su paciencia, apoyo y confiabilidad; y a Susie Chen por su ayuda sustancial para la investigación en bibliotecas.

Sección I

De la formulación de caso al diseño del tratamiento: Uso de un modelo de resolución de problemas

Una sola medida no les queda a todos. El terapeuta cognitivo-conductual como solucionador de problemas

Para esta persona, con su problema específico, ¿que tratamiento es el más eficaz, quién debe aplicarlo y en qué circunstancias?

G. L. Paul

PROPÓSITO DE ESTE LIBRO

Este texto se redactó para el profesional de la salud mental que se interesa en la terapia cognitivo-conductual (TCC) para pacientes de consulta externa. El objetivo de los autores es ofrecer una guía sencilla que facilite al terapeuta el tratamiento con la TCC para 11 problemas psicológicos comunes. Con este fin, el texto se centra en dos importantes actividades que se insertan en este proceso: *a)* formulación de caso y *b)* diseño del tratamiento. Sin embargo, debido a que “los problemas complejos requieren soluciones complejas” (Hersen, 1981; Nezu y Nezu, 1989), también se presenta un modelo de toma de decisión clínica en la TCC de modo que se facilite al terapeuta la aplicación ideográfica a la práctica clínica del conjunto de información nomotética¹ pertinente que se encuentra en la bibliografía.

N. del Ed.: Nomotética se refiere a cualquier ciencia que establezca leyes (p. ej., la psicología).

¿Por qué es necesario un modelo de toma de decisión clínica?

Aunque la tendencia a desarrollar intervenciones con base empírica para trastornos psicológicos específicos ha tenido éxito hasta cierto punto en identificar un conjunto de protocolos clínicos muy eficaces (Chambless y Hollon, 1998), la mayoría de quienes practican la TCC coincide en que es poco frecuente ver en un paciente el “clásico caso de libro de texto”. En otras palabras, muy pocos individuos —si acaso algunos— que solicitan tratamiento externo se ajustan bien a los criterios de inclusión y exclusión que se derivan de estudios controlados con resultados experimentales (véase Fensterheim, 1993).

Además, como sugiere la conocida cita de Paul de hace más de 30 años, la labor clínica no se limita a identificar una técnica eficaz de tratamiento. Con más exactitud, la TCC bien aplicada por lo general cubre primero una formulación de caso y, después, con base en ella, diseña un plan de tratamiento *ajustado* a un paciente específico. En realidad, a diferencia de las terapias médicas que tratan enfermedades, la TCC trata a personas, quienes presentan amplias variaciones respecto tanto de su experiencia del mismo problema psicológico como de las razones por las cuales surgió en primer lugar ese problema y persiste aún.

De este modo, sería del todo imposible en la actualidad pensar en una guía para el paciente externo en forma de un “recetario” exhaustivo de TCC, con la cual el lector ubique con facilidad en el índice un tratamiento disponible para aplicarlo a un paciente que experimenta un problema específico con un conjunto único de circunstancias. ¡Un libro así sería demasiado extenso! Por ejemplo, ya se han observado las dificultades de proporcionar respuestas sencillas a preguntas tan complejas como la siguiente:

¿Qué solución puede ofrecerse a un hombre de unos 30 años que se presenta con depresión, tiene un matrimonio angustiante, problemas personales en el trabajo y un hijo de seis años de edad con trastorno por déficit de atención? ¿O qué intervención sería la más eficaz para un adulto incapacitado mentalmente, con trastornos de conducta agresiva y de personalidad, que vive en un ambiente donde el personal no está bien capacitado en el manejo de situaciones imprevistas ni en otro tipo de procedimientos conductuales? (Nezu y Nezu, 1995, pp. 8-9).

Por otra parte, lo anterior no pretende decir que las listas de intervenciones con sustento empírico o las guías prácticas que se basan en investigaciones sean inútiles para los médicos. De hecho, este mismo conjunto de datos provenientes de la investigación es la base de la terapia clínica cognitivo-conductual. Aun así, debido a las grandes variaciones de factores concernientes tanto al paciente como a su ambiente (p. ej., raza, edad, religión, estado socioeconómico, diagnósticos comórbidos, gravedad de síntomas, estado civil, empleo, familia, grado de apoyo social), incluso entre personas que acuden a terapia con los mismos problemas,

los terapeutas por lo general necesitan ajustar sus intervenciones a las características y circunstancias únicas de un paciente determinado.

Además, a diferencia de lo que sugeriría un modelo basado en la enfermedad, los problemas psicológicos en raras ocasiones son consecuencia de una sola variable. La razón misma de que sean válidas diferentes teorías de un trastorno particular habla de la cuestión de la naturaleza multifactorial de la conducta humana. Por ejemplo, se ha descubierto que la depresión grave se relaciona, desde el punto de vista causal, con una amplia variedad de variables psicosociales, como distorsiones cognitivas, carencia de habilidades sociales, deficiente capacidad para resolver problemas, reducido refuerzo positivo y habilidades débiles de autocontrol (Nezu, Nezu, Trunzo, Sprague, 1998). No obstante, los estudios también demuestran que ninguna causa caracteriza de manera ubicua a toda la gente que padece depresión (Nezu y Nezu, 1993). Esa falta de consistencia en todo trastorno clínico da lugar a un amplio margen de error cuando se intenta articular desde una perspectiva ideográfica una formulación de caso para un paciente específico.

En lo colectivo, esta situación sugiere que *una sola medida no les queda a todos*. Por ende, el terapeuta de TCC a menudo debe dedicar su mejor juicio clínico a llenar la brecha entre la bibliografía de investigación (es decir, la terapia como “ciencia”) y su aplicación a un paciente determinado (esto es, la terapia como “arte”). Dicho de otro modo, el terapeuta necesita responder de manera eficaz el tipo de pregunta que plantea Paul (1969) para *todo* paciente que trate, aunque en apariencia dos de ellos experimenten el mismo problema.

Errores del razonamiento clínico. Problemas en la aplicación hábil de la ciencia

¿Cómo trasladar entonces de la mejor manera la información nomotética de base empírica a aplicaciones ideográficas eficaces en la práctica clínica? Kanfer y Phillips (1970) sugirieron primero que la inventiva y experiencia personales son las principales fuentes que tienen los terapeutas conductistas para seleccionar sus métodos de tratamiento. Por desgracia, al igual que ocurre con las vacilaciones humanas en general, las decisiones clínicas que toman los profesionales de la salud mental están sujetas a errores de razonamiento, lo que permite que el resultado de tales decisiones sea en potencia cuestionable (Arkes, 1981; Nezu y Nezu, 1989).

Así, por ejemplo, Tversky y Kahnemann (1974) identificaron tres estrategias heurísticas de juicio o de procesamiento de información que pueden afectar de *manera negativa* la veracidad de los procesos de razonamiento cuando las personas toman decisiones. El *juicio de disponibilidad* es utilizado cuando las personas tratan

de estimar la frecuencia de una clase o la probabilidad de un evento basándose en la facilidad con la que los elementos de dicha clase o evento vienen a la mente. Como ejemplo relacionado con la evaluación clínica, el juicio de disponibilidad puede afectar la predicción de un terapeuta con relación al riesgo de suicidio de un paciente nuevo si un caso reciente involucró a una persona que haya consumado el suicidio cuando el riesgo inicial se pensó que era bajo.

El *juicio de representatividad* ocurre cuando se intenta evaluar el grado con que algunos eventos se relacionan entre sí (p. ej., “¿cuál es la probabilidad de que A esté asociado con B o de que A sea miembro de la clase B?”, “¿es posible que el evento A causase el evento B, o de que B causase A?”), pero la decisión se basa en el grado *percibido* con el que A se *asemeja* a B. Un problema importante producto del razonamiento de representatividad se presenta cuando se llega a un esquema mediante una característica debida a la exclusión de otros conceptos. Por ejemplo, si se accede de manera automática a un esquema de diagnóstico particular (p. ej., depresión grave) como función de esta estrategia heurística con base en un síntoma determinado (sensación de tristeza), una vez que se elabora este esquema particular es probable que cese la búsqueda de más información. Se reduce la probabilidad de ver los problemas de un paciente determinado desde la perspectiva de otros esquemas conceptuales o de diagnóstico (p. ej., padecimiento bipolar, problemas de estado de ánimo relacionados con medicamentos, trastorno de personalidad), lo que limita el espectro de posibles hipótesis causales que de otro modo podrían considerarse.

La tercera estrategia heurística, la de *anclaje*, se presenta cuando se emplea un método de cálculo como atajo, según el cual las decisiones finales se basan más en las impresiones iniciales que en la información posterior, aunque esta nueva información se contraponga a aquéllas. Así, dos tercios de una muestra de más de 300 terapeutas conductistas indicaron que se requerían menos de dos sesiones para conceptualizar el problema de un paciente (Swan y MacDonald, 1978). De modo que si el paciente deprimido sólo aborda problemas interpersonales durante estas dos sesiones, a menos que el terapeuta se asegure de explorar un abanico más amplio de otras áreas problemáticas, la estrategia de anclaje quizá influya en el tratante y le hará inclinarse por habilidades sociales deficientes como la razón predominante de la depresión, sin el beneficio de una formulación de caso más extensa.

Además de las estrategias heurísticas que identificaron Tversky y Kahnemann (1974), hay otros problemas en el razonamiento clínico (véase Nezu y Nezu, 1989; Nezu y Nezu, 1995). En primer lugar, la estrategia misma con que se obtiene información para tomar decisiones a menudo genera de manera inadvertida conclusiones erróneas. Por ejemplo, la *atención selectiva* hacia algunos tipos de información provoca percepciones tendenciosas del grado de covariación entre dos eventos. En segundo lugar, está demostrado que las *estrategias de búsqueda*

de confirmación son medios omnipresentes para verificar inferencias y hacer predicciones. Tales estrategias implican procedimientos que sólo pretenden obtener información que apoye las impresiones iniciales propias, con lo que se ven limitados los intentos que pretendan desvirtuar la evidencia. Más aún, *confiar en exceso* en las habilidades propias es otra fuente de errores sistemáticos en el razonamiento clínico, de hecho, se ha revelado que dicha confianza no se relaciona con la precisión clínica.

Estos prejuicios pueden provocar en conjunto una situación, por ejemplo, en la que a un paciente que se queja de sentimientos depresivos se le conmina de manera automática a cambiar sus cogniciones negativas (o a afrontar problemas estresantes, o a fomentar experiencias positivas, o a tomar la iniciativa) sin el beneficio de una formulación de caso más detallada o exhaustiva. Dicho de otro modo, la forma como un terapeuta conceptúa los problemas de un paciente a menudo depende en gran medida de estas estrategias heurísticas más que de una formulación de caso cuidadosa. Debido a que estas concepciones influyen en el comportamiento del terapeuta (p. ej., qué problemas se abordarán, qué procedimientos se aplicarán para las evaluaciones, qué intervenciones se pondrán en práctica), las directrices formales que contribuyan a los procesos de formulación de caso y al diseño del tratamiento adquieren una importancia central.

En este contexto, uno de los objetivos principales de esta obra es ofrecer un modelo para la toma de decisiones en la práctica de la TCC que permita la efectividad y validez de la formulación de caso y del diseño de tratamiento en dicha terapia. En esencia, este modelo caracteriza al terapeuta de TCC como un “solucionador de problemas activo” (Nezu y Nezu, 1989; 1993; Nezu, Nezu, Peacock, Girdwood, 2004).

EL TERAPEUTA COGNITIVO-CONDUCTUAL COMO SOLUCIONADOR DE PROBLEMAS

En su papel de solucionador de problemas, los terapeutas conductistas se enfrentan a una serie de “problemas por resolver” siempre que efectúan una evaluación y un tratamiento. La terapia representa problemas a causa de la discrepancia inherente entre el estado *en curso* de un paciente (es decir, presencia de quejas, problemas, síntomas) y su estado *deseado* (esto es, el logro de sus objetivos). En otras palabras, es tarea del tratante, al aplicar la terapia, ayudar al paciente a que llegue de “A” a “B”.

De acuerdo con este marco de resolución de problemas, se presentan numerosos obstáculos que impiden que los individuos alcancen sus metas sin la ayuda profesional del terapeuta. Estas variables quizá se relacionen con los pacientes mismos (p. ej., excesos o déficits conductuales, cognitivos, afectivos o

fisiológicos) o con el ambiente (p. ej., falta de recursos, presencia de estímulos aversivos).

Así que el tratamiento cognitivo-conductual representa las medidas que toma el terapeuta para “resolver estos problemas”. A fin de alcanzar estas metas, la propuesta de esta obra es adoptar un *modelo de resolución de problemas para la formulación de caso y el diseño del tratamiento*. En palabras llanas, este modelo sugiere varias operaciones de resolución de problemas con el fin de abordar de manera eficaz esos retos clínicos.

El proceso de resolución de problemas

Una técnica de formulación de caso y diseño de tratamiento cognitivo-conductual recurre en gran parte al modelo prescriptivo de resolución de problemas sociales que elaboraron D’Zurilla, Nezu y colaboradores (p. ej., D’Zurilla y Nezu, 1999; Nezu, en prensa; Nezu, Nezu, Lombardo, 2003). Con adaptaciones para el propósito actual, este modelo de formulación de caso y diseño de tratamiento se centra en dos importantes procesos de resolución de problemas: la orientación y la resolución racional del problema.

Orientación del problema

La *orientación del problema* alude al conjunto de respuestas orientadoras (p. ej., creencias religiosas, suposiciones, valoraciones y expectativas) con las que se compromete el individuo cuando pretende entender y reaccionar ante los problemas en general. En esencia, esto representa la *visión del mundo* de una persona respecto de los problemas. Las visiones del mundo se refieren a los marcos conceptuales subyacentes que representan la comprensión, por parte de una persona, del “funcionamiento del mundo” (Pepper, 1942). En el contexto presente, una *visión clínica del mundo* involucra al marco cohesivo que guía los esfuerzos del profesional por entender, explicar, predecir y cambiar el comportamiento humano.

Según la orientación terapéutica propia, la visión general del mundo que se adoptaría sería una que se ajuste a esa perspectiva terapéutica particular, en este caso, un marco cognitivo-conductual. En otro texto se ha establecido que la terapia cognitivo-conductual se encuentra “...dentro de un marco clínico experimental, e incorpora una amplia definición de conducta que abarca acciones abiertas, fenómenos cognitivos internos y la experiencia de afecto o emociones. La complejidad de estos componentes va de eventos moleculares (es decir, de nivel inferior) (p. ej., fumar un cigarro, hiperventilación, un comentario crítico

en una interacción diádica) a conceptos molares (es decir, nivel superior) (p. ej., habilidades sociales complejas, resolver un problema complicado de cálculo, un trastorno depresivo grave)” (Nezu, Nezu, Friedman, Haynes, 1997, pp. 368-369). Esa es la definición de TCC que se adopta en el presente contexto.

Resolución racional de problemas

Mientras que la orientación del problema es sobre todo una actividad cognitiva, la *resolución racional de problemas* consta de un conjunto de operaciones cognitivas y conductuales específicas, útiles para resolverlos con eficacia. Entre ellas se encuentran *a)* la definición de problemas, *b)* la generación de opciones, *c)* la toma de decisiones y *d)* la evaluación de los resultados. El objetivo de la *definición de problemas* es delinear las razones por las cuales una situación determinada se constituye en un problema (p. ej., la presencia de obstáculos), así como especificar un grupo de metas y objetivos realistas que contribuyan a guiar las medidas siguientes para alcanzar soluciones. El propósito de la *generación de opciones* es crear, usando diversos principios de lluvia de ideas, una lista extensa de posibles soluciones con el fin de aumentar la probabilidad de identificar en última instancia las ideas más eficaces. La meta de la *toma de decisiones* es efectuar un análisis sistemático de conveniencia de las diversas opciones al identificar y luego sopesar sus consecuencias positivas y negativas potenciales y, después, con base en esta evaluación, diseñar un plan general de solución. Por último, el propósito de la *evaluación de los resultados* es supervisar y evaluar la eficacia de un plan de solución, y corrección, si el resultado es insatisfactorio. En otras palabras, si la solución no es eficaz, el solucionador de problemas debe reciclarla mediante las diversas actividades de resolución de problemas, para entonces determinar el punto al cual deben redirigirse las medidas renovadas con el fin de resolver bien el problema. Si bien quizá no todas las operaciones de resolución de problemas sean pertinentes de manera directa respecto de toda decisión relacionada con la formulación de caso y diseño de tratamiento de la TCC, es recomendable usarlas al abordar *cualquier* decisión clínica difícil que surja durante el tratamiento.

RESUMEN Y DESCRIPCIÓN DEL RESTO DE ESTA OBRA

Aunque las medidas para avanzar en las intervenciones empíricas de la TCC han tenido éxitos parciales, aún es limitada la aplicación expedita de esas estrategias a la práctica clínica a causa de la heterogeneidad ubicua entre poblaciones de pacientes que padecen el mismo problema o tienen el mismo diagnóstico. Además,

debido a que la terapia se conceptúa como una serie de “problemas por resolver”, surge la preocupación adicional de que las diversas tendencias y estrategias heurísticas de juicio afecten de manera negativa la veracidad del proceso de toma de decisiones clínicas.

En el siguiente capítulo se describe la aplicación de este modelo al proceso de formulación de caso de la TCC. En parte, tal aplicación destaca la importancia de evaluar la pertinencia de un *abanico* de variables psicosociales que se ha descubierto están relacionadas de manera causal con un trastorno determinado de un paciente específico. De los capítulos 5 a 15 se presentan descripciones de tales variables, así como la forma de medirlas, para cada uno de los 11 trastornos psicológicos mencionados.

El capítulo 3 se centra en el proceso de diseño del tratamiento y en la manera de emplear el modelo de resolución de problemas para esta actividad clínica. Más adelante la recomendación es considerar el *abanico* de estrategias de tratamiento de la TCC que, a partir de la investigación y práctica clínica, resultan eficaces para tratar un factor causal particular. Asimismo, en los capítulos de la sección II dedicados a problemas psicológicos específicos, el lector encontrará una descripción de diversas estrategias de tratamiento para cada variable causal como punto de partida para diseñar un plan único de tratamiento a la medida de un paciente específico.

El capítulo 4 presenta una breve guía del tratamiento de TCC para pacientes ambulatorios, mientras que en el apéndice A hay una serie de “guías rápidas para la planeación del tratamiento de TCC” para los 11 trastornos. Por último, el apéndice B describe brevemente algunas de las principales estrategias de intervención clínica de TCC abordadas a lo largo de los diversos capítulos.

REFERENCIAS

- Arkes, H. R. (1981). Impediments to accurate clinical judgement and possible ways to minimize their impact. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 323-330.
- Chambless, D. L., Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2a. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Fensterheim, H. (1993). Letter to the editor. *Behavior Therapist*, 16, 149.
- Hersen, M. (1981). Complex problems require complex solutions. *Behavior Therapy*, 12, 15-29.
- Kanfer, F. H., Phillips, J. S. (1970). *Learning foundations of behavior therapy*. New York: Wiley.

- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (Eds.) (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions: A problem-solving model. *Psychological Assessment*, 5, 254-263.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Haynes, S. N. (1997). Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies. In: T. D. Eells (Ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 368-401). New York: Guilford.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Lombardo, E. (2003). Problem-solving therapy. In: W. O'Donohue, J. E. Fisher, Hayes S. C. (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice* (pp. 301-307). New York: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Peacock, M. A., Girdwood, C. P. (2004). Case formulation in cognitive-behavior therapy. In: M. Hersen (Series Ed.), S. N. Haynes, E. Heiby (Vol. Eds.) *Behavioral assessment*. Vol. 3, *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment* (pp. 402-426). New York: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Trunzo, J. J., Sprague, K. S. (1998). Treatment maintenance for unipolar depression: Relevant issues, literature review, and recommendations for research and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 5, 496-512.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M. (1995). Clinical decision making in everyday practice: The science in the art. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 5-25.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. In: C. M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 29-62). New York: McGraw-Hill.
- Pepper, S. C. (1942). *World hypotheses*, Berkeley: University of California Press.
- Swan, G. E., McDonald, M. L. (1978). Behavior therapy in practice: A national survey of behavior therapists. *Behavior Therapy*, 9, 799-807.
- Tversky, A., Kahnemann, D. (1974). Judgement under uncertainty: Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.

Aplicación del modelo de resolución de problemas a la formulación de caso cognitivo-conductual

¿QUÉ ES LA FORMULACIÓN DE CASO?

La formulación de caso puede considerarse un conjunto de hipótesis, por lo general delineadas por una teoría de la personalidad u orientación de psicoterapia particulares, respecto de las variables que operan como causas, detonadores o factores que mantienen los problemas emocionales, psicológicos, interpersonales y conductuales de un individuo (Eells, 1997). Es una descripción de las quejas y síntomas de ansiedad de un paciente, así como un mecanismo organizativo para que el terapeuta comprenda cómo se manifiestan dichas quejas, el modo en que coexisten síntomas diversos, cuáles estímulos ambientales o intrapersonales desencadenan estos problemas y por qué persisten los síntomas (Nezu, Nezu, Peacock, Girdwood, 2004). Este capítulo describe la aplicación del modelo de resolución de problemas de toma de decisiones clínicas al proceso de formulación de caso de la TCC.

Objetivos de la formulación de caso de la TCC

Durante este proceso puede decirse que el terapeuta comienza la “historia del paciente”, la cual ofrece una descripción de los diversos factores en los que se desenvuelve la vida del individuo respecto tanto del surgimiento como del mantenimiento de un conjunto determinado de síntomas angustiantes. Para el terapeuta, esta historia abarca una propuesta de terminación que representa un

conjunto de objetivos y metas de tratamiento. Dicha historia proporciona una estructura concreta dentro de la cual el terapeuta comienza a pensar *cómo* alcanzar esas metas (es decir, ¿cuál es el plan del tratamiento?).

En general, las metas de la formulación de caso de la TCC son:

- Comprender con detalle los problemas que presenta el paciente.
- Identificar las variables que se relacionan de manera funcional con esas dificultades.
- Diseñar objetivos y metas de tratamiento.

Objetivos de resultados finales e instrumentales

Al pensar en las metas del tratamiento, es muy útil distinguir entre objetivos de resultados finales e instrumentales. Rosen y Proctor (1981) definen los *resultados finales* como metas o resultados generales de la terapia “por los cuales se inicia el tratamiento y reflejan los objetivos hacia los cuales se dirigen las medidas del tratamiento” (p. 419). Estas metas pueden ser reducir la depresión, mejorar la relación marital o disminuir el comportamiento fóbico. Los anteriores se diferencian de los *resultados instrumentales*, que son los cambios o efectos que “sirven como instrumentos para el logro de otros resultados” (p. 419). Los resultados instrumentales, según sus relaciones funcionales con otras variables, pueden afectar los resultados finales (p. ej., aumentar la autoestima reduce la gravedad de un padecimiento depresivo) u otros resultados instrumentales dentro de una cadena causal en una hipótesis (p. ej., mejorar la capacidad de afrontamiento del paciente incrementa su sentido de eficiencia lo que, a su vez, quizá disminuya la gravedad de la depresión).

Desde la perspectiva clínica, los resultados instrumentales (de otro modo metas intermedias o mecanismos de acción) reflejan las hipótesis del terapeuta referentes a las variables que cree se relacionan de manera causal con el o los resultados finales. Con el lenguaje del laboratorio de investigación respecto del resultado del tratamiento, los resultados instrumentales pueden considerarse *variables independientes* (VI), mientras que los finales representan *variables dependientes* (VD). Las variables de resultados instrumentales sirven como *mediadores*, que son los elementos que se toman en cuenta o explican la relación entre otras dos variables, de manera similar a un mecanismo causal (es decir, el mecanismo mediante el cual la VI afecta o influye en la VD). También sirven como *moderadores*, o tipos de factores que influyen en la fortaleza o dirección de la relación entre otras dos o más variables (Haynes y O'Brien, 2000). Así, las variables de resultados instrumentales denotan objetivos potenciales para las intervenciones clínicas.

La distinción entre resultados instrumentales y finales también es útil para guiar la planeación, aplicación y evaluación del tratamiento (Nezu, Nezu, Friedman, Haynes, 1997). Además, sirve para saber si el tratamiento *no* funciona. En este sentido, Mash y Hunsley (1993) sugieren que, dentro del contexto de la práctica clínica, una meta muy importante de evaluación es la *retroalimentación correctiva temprana*, más que una simple revisión al término exitoso o no exitoso de un objetivo final del paciente. De modo que, por ejemplo, si se observa que una intervención cognitiva reestructuradora no es eficaz para generar cambios reales en el pensamiento negativo de un paciente deprimido, esa información ofrece retroalimentación inmediata de que ese tratamiento particular, tal como se aplica, quizá no está funcionando. Por tanto, con el fin de reducir la probabilidad de que el tratamiento fracase, la evaluación del correcto logro de resultados instrumentales (es decir, cambiar el pensamiento negativo) debe *preceder* a la evaluación de la consecución de las metas finales (es decir, reducir la depresión).

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS A LA FORMULACIÓN DE CASO: ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA

Pertinente para la formulación de caso, este modelo de resolución de problemas de la toma de decisiones clínicas recomienda adoptar una orientación del problema que destaca dos perspectivas particulares:

- 1) La conducta tiene múltiples causas.
- 2) La conducta se manifiesta dentro de varios sistemas.

Marco de causalidad múltiple

El marco de causalidad múltiple que aquí se recomienda está basado, al menos parcialmente, en una filosofía de *multiplicidad relevante planeada* (Shadish, 1993). Este planteamiento metodológico de la conducta de la ciencia supone múltiples operaciones para contrarrestar los prejuicios sistemáticos. En el contexto de la evaluación clínica, esta técnica sugiere que hay muchas rutas por las cuales es factible que se presente el mismo conjunto de síntomas entre diferentes individuos. Más aún, dentro de un marco de causalidad múltiple, las variables que sirven para actuar e interactuar en el inicio y mantenimiento de los síntomas de un individuo pueden ser biológicas, psicológicas o sociales. Además, estos factores en ocasiones contribuyen a la presencia de un síntoma o trastorno de manera *próxima* (es decir, antecedente inmediato, como la presencia de un objeto fóbico) o *distante* (esto es, historia de evolución, como la incidencia de un suceso traumático).

En el contexto del diseño del tratamiento, esta perspectiva sugiere que “hay múltiples caminos que llevan a Roma”. En otras palabras, en cuanto a la meta de tratamiento de mejorar la capacidad de manejar la excitación relacionada con el estrés, existen diversas estrategias de TCC (p. ej., relajación muscular progresiva, entrenamiento autogénico, visualización, ejercicios de respiración profunda) que permiten al terapeuta aplicar varias de ellas con base en las necesidades únicas de un paciente determinado (Nezu y Nezu, 1993).

Aproximación de sistemas

Un segundo elemento de orientación cuya aplicación es recomendable implica una *perspectiva de sistemas*, la cual destaca la noción de que las variables de resultados finales e instrumentales se relacionan entre sí de formas mutuamente interactivas, más que de manera unidireccional y lineal (Kanfer, 1985; Nezu *et al.*, 1997). Ya en otro texto se ha señalado que diversos factores biológicos, psicológicos y sociales interactúan entre sí en el inicio y continuación de varios síntomas físicos perturbadores con causa no biológica (p. ej., dolor no cardíaco en el pecho, fibromialgia) (Nezu, Nezu, Lombardo, 2001). Un caso ilustrativo es el aprendizaje temprano por imitación en una familia en el que uno de los padres responda al estrés con síntomas físicos excesivos, lo cual representará un factor de vulnerabilidad psicológica que influirá en la manera como un niño interprete la experiencia de síntomas físicos (p. ej., alteraciones gastrointestinales) ante circunstancias estresantes. Estos factores cognitivos influyen entonces en su comportamiento (p. ej., evitar el estrés, procurar la tranquilidad paterna, prestar excesiva atención al desorden “causado” por los síntomas) lo cual, a su vez, puede provocar el reforzamiento paterno de ese comportamiento y una exacerbación de los síntomas, misma que después generaría una intensificación de las creencias del niño respecto del comportamiento adecuado ante ciertas circunstancias, y así sucesivamente. De esta manera, las relaciones recíprocas entre los diferentes factores cognitivos, afectivos conductuales, ambientales y biológicos abarcan una constelación de cadenas causales dentro de una red general y única, propia de un individuo determinado.

Así, este modelo sugiere evaluar la manera como estas variables patogénicas interactúan de manera recíproca entre sí con el fin de obtener una imagen más completa y general de la *red única o conjunto de cadenas conductuales* de un paciente. Una perspectiva de sistemas permite al terapeuta de TCC identificar mejor las variables de resultados instrumentales que desempeñan una función básica para darles prioridad como objetivos iniciales de tratamiento. En otras palabras, es probable que esas variables de resultados instrumentales que parecen guardar una relación funcional con un *amplio* abanico de otras variables de

resultados instrumentales en la red, o con variables de resultados finales de forma *significativa* (es decir, la relación es fuerte, como en un coeficiente elevado de correlación), sean importantes objetivos del tratamiento *iniciales*, en tanto los cambios en dichas variables básicas generan una alteración máxima en las metas de resultados tanto intermedios como finales. Una ventaja adicional de identificar las variables que interactúan en el sistema de un individuo de esta manera es que habilita al terapeuta para esbozar *numerosos* objetivos potenciales al mismo tiempo (tales como cambiar un pensamiento negativo, disminuir el comportamiento inadaptado, mejorar el estado de ánimo), e incrementar así la probabilidad de éxito si un grupo entero de tales variables se convierte en objetivo de intervenciones eficaces.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS A LA FORMULACIÓN DE CASO: DEFINICIÓN DE PROBLEMAS

En general, la labor de resolver problemas implica las siguientes actividades:

- Reunir información.
- Separar hechos de suposiciones.
- Identificar los factores que contribuyen a la situación conflictiva.

Identificar resultados finales

Respecto del proceso de formulación de caso, el primer paso para definir el problema es investigar un amplio horizonte de áreas de la vida del paciente (relaciones interpersonales, trabajo, finanzas, sexo, salud física, etc.) para entender mejor su funcionamiento en ese momento. Esto lleva a proponer distintas metas de resultados finales. Observe que mientras los resultados finales a menudo se definen respecto del *paciente* (p. ej., “verdaderamente me siento triste y quiero sentirme mejor”; “me cuesta mucho trabajo relacionarme bien con el sexo opuesto”), en ocasiones serán traducciones por parte del *terapeuta* de las quejas que presenta el paciente, mismas que toman la forma de categorías de diagnóstico formal (p. ej., trastorno obsesivo-compulsivo, depresión grave) o de una serie de declaraciones referentes a situaciones conflictivas específicas (p. ej., “mejorar relaciones interpersonales”, “aumentar confianza en sí mismo y autoestima”, “reducir sufrimiento”). Más aún, en tanto los cambios se deben al tratamiento, el paciente o el terapeuta pueden descartar o modificar algunas metas de resultados finales, o añadir nuevas.

Identificar resultados instrumentales

Acto seguido, el terapeuta comienza a identificar las variables de resultados instrumentales que tal vez se relacionen de forma causal con las metas de resultados finales establecidas para un paciente determinado. De acuerdo con la orientación de causalidad múltiple, durante este proceso es importante acceder al universo o dominio existente *completo* de variables de resultados instrumentales pertinentes que pueda identificarse en la bibliografía. En otras palabras, más que depender de un modelo *preferido* para un trastorno determinado, a causa de las diferencias individuales omnipresentes entre pacientes por una serie de factores diversos (p. ej., género, edad, gravedad de los síntomas, raza), el tratante de TCC debe revisar la pertinencia de un *abanico* de variables de resultados instrumentales empíricamente derivadas y en potencia pertinentes.

Guías de búsqueda

Con el fin de facilitar la búsqueda de estas áreas existen dos guías para que el terapeuta identifique las variables causales pertinentes: una estrategia teórica y una diagnóstica. La *estrategia teórica* recomienda que la búsqueda del terapeuta de objetivos clínicos importantes se guíe mediante la bibliografía de base empírica que vincula diversos resultados instrumentales a resultados finales. Por ejemplo, si una meta final es reducir la ira, una muy buena fuente de variables de resultados instrumentales en potencia importantes sería la bibliografía empírica con *múltiples* teorías que expliquen la razón de que la gente se enoje o tenga problemas para controlar la ira. Este conjunto de variables de resultados instrumentales derivados nomotéticamente puede ser entonces evaluado con relación a su aplicabilidad idiográfica a un paciente en particular.

La *estrategia diagnóstica* también facilita la identificación de objetivos de tratamiento. Algunas directrices de diagnóstico, como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), son útiles para comprender respuestas de grupo y covariaciones de respuestas. Los síntomas de grupos en los que se descubren covariaciones y se clasifican en categorías de diagnóstico particulares sirven como guía para la evaluación del terapeuta. En otras palabras, debe emprenderse esta clase de búsqueda según el diagnóstico de un paciente; un ejemplo de lo anterior sería el trastorno de ansiedad generalizado (TAG), en el cual la bibliografía sobre la etiopatogénesis y tratamiento del TAG es útil para identificar potenciales variables causales pertinentes.

Mientras que los enfoques teórico y diagnóstico procuran la identificación de variables de resultado instrumentales pertinentes, es recomendable que el te-

rapeuta se guíe por la filosofía de la causalidad múltiple ya descrita. Por ejemplo, el empleo exclusivo de una *sola* teoría específica para guiar la estrategia de evaluación aumenta el riesgo de errores de juicio y de un deficiente resultado del tratamiento. De igual forma, etiquetar y clasificar a los pacientes en una categoría de diagnóstico puede implicar de manera errónea que sus problemas de comportamiento siempre se relacionan con variables subyacentes similares.

Un propósito importante de este libro es servir como guía sencilla para la formulación de caso y diseño de tratamiento, por lo que presenta los resultados de esta búsqueda para el lector respecto de los 11 trastornos más comunes en el ámbito de la consulta externa. Estos datos se encuentran en la sección II de esta obra.

Marco multidimensional de evaluación

Para aumentar la probabilidad de que el practicante de la TCC sea capaz de efectuar una revisión exhaustiva de la o las áreas representativas de variables de resultados instrumentales pertinentes, es importante que dé atención a las siguientes categorías y dimensiones:

- Variables relacionadas con el paciente.
- Variables relacionadas con el ambiente.
- Dimensión temporal.
- Dimensión funcional.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL PACIENTE

Esta categoría se refiere a factores que tienen que ver con el paciente, como las variables de antecedentes conductuales, afectivos, cognitivos, biológicos y sociales/étnicos/culturales. Para los fines del proceso de formulación de caso, los problemas *conductuales* se clasifican de manera global ya sea como déficits o excesos conductuales. Algunos ejemplos de *déficits* conductuales son las habilidades sociales deficientes, capacidades cotidianas insuficientes o falta de autocontrol. Los *excesos* conductuales serían el comportamiento compulsivo, la evasión de estímulos que provoquen ansiedad, frecuentes autoevaluaciones o acciones negativas. La problemática *afectiva* abarca la amplia variedad de emociones y estados de ánimo negativos, como ansiedad, depresión, desesperanza, temor, ira y hostilidad.

Respecto de la psicopatología relacionada con factores *cognitivos*, es útil distinguir entre *deficiencias* y *distorsiones* cognitivas (Kendall, 1985). Las deficiencias cognitivas son ausencias en los procesos de pensamiento propios (p. ej., no darse

cuenta de las consecuencias de las acciones). Las distorsiones cognitivas se refieren a errores del procesamiento cognitivo (p. ej., malinterpretaciones de algunos eventos con base en un pensamiento dicotómico).

Las variables *biológicas* se encuentran en el vasto horizonte de factores fisiológicos, médicos y físicos que pueden ser problemas en sí mismos o variables que se relacionen de manera funcional con los problemas o metas psicosociales de un paciente. Entre estas últimas se hallan las enfermedades médicas, alguna limitación o discapacidad física, efectos colaterales de la medicación o una vulnerabilidad biológica ante una elevada excitación debido al estrés. En otro ámbito, esta categoría incluye el género y la edad, sobre todo cuando tales factores desempeñan una función etiológica en el predominio o manifestación de un trastorno o conjunto particular de síntomas.

Las variables *sociales/étnicas/culturales* suponen numerosos antecedentes en potencia importantes, como raza, orientación sexual, roles de género, cultura y estado socioeconómico. La importancia de considerar los antecedentes étnicos al llevar a cabo una entrevista de diagnóstico queda de manifiesto en la versión más reciente del DSM-IV-TR. Por ejemplo, dicho manual recomienda que el médico considere cinco categorías al trabajar en ambientes multiculturales: *a*) la identidad cultural del individuo (p. ej., el grupo cultural con que se identifica la persona, su grado de aculturación, así como su grado de participación en la cultura que la acoge); *b*) la explicación cultural del trastorno del individuo (las atribuciones causales y el significado de la “enfermedad” que dicta la cultura del individuo); *c*) los factores culturales relacionados con el ambiente psicosocial y sus grados de funcionamiento (p. ej., la disponibilidad de apoyo social, la interpretación cultural de los estresores sociales); *d*) los elementos culturales de la relación entre paciente y médico (como las diferencias tanto de cultura como de posición social entre uno y otro); y *e*) la evaluación general para el diagnóstico y atención (p. ej., los factores culturales que pueden incidir en el diagnóstico y tratamiento del paciente).

Desde un punto de vista cognitivo-conductual, Tanaka-Matsumi, Seiden y Lam (1996) sugieren un enfoque similar al efectuar un “análisis funcional culturalmente informado”. De modo específico, sugieren los siguientes ocho pasos concretos:

- Evaluar la identidad cultural y el grado de aculturación.
- Evaluar y valorar al paciente que presenta problemas en relación con sus normas culturales.
- Valorar las atribuciones causales de los pacientes respecto de sus problemas.
- Efectuar un análisis funcional.

- Comparar la formulación de caso propia con el sistema de creencias del paciente.
- Establecer objetivos y métodos del tratamiento de común acuerdo con el paciente.
- Comentar con el paciente la necesidad de recopilar datos para evaluar el progreso del tratamiento.
- Analizar la duración, curso y resultados esperados del tratamiento con el paciente.

Una perspectiva similar (es decir, centrarse en la forma como se perciben los problemas del paciente dentro del contexto de pertenencia a un “grupo minoritario”) debe adoptar el terapeuta al trabajar con homosexuales y lesbianas, con personas que manifiestan una sólida identificación con una filosofía religiosa o espiritual particular (sea tradicional o no) y con individuos de posición socioeconómica extrema (favorable o desfavorable). De esta manera, estará en mejor posición de entender lo que se considera “normal” según los parámetros del “mundo” de un paciente determinado, así como de identificar problemas que se deban tan solo a diferencias entre la posición social/étnica/cultural y otros grupos en la sociedad, sea que se trate del dominante o de una minoría.

Variables relacionadas con el ambiente

En esta categoría entran las variables de resultados instrumentales que provienen del ambiente físico o social. Las *variables del ambiente físico* son la vivienda, la cantidad de personas con quienes se comparte, clima y condiciones de vida físicas. Los *factores ambientales sociales* son las relaciones del paciente con amigos y familia, cónyuge y otros miembros de sus comunidades laborales y sociales. Esta última categoría también abarca diversos aspectos sociales/étnicos/culturales, pero aquí el interés se centra en las reacciones de los demás (pertenecientes o no) a la (sub)cultura con que se identifica el paciente.

Factores temporales

La dimensión temporal permite subrayar el recopilar información referente al funcionamiento en curso y anterior del paciente, con el fin de desarrollar a la larga una formulación de caso más precisa. Los factores en curso o próximos a menudo actúan como estresores potenciales que desencadenan diversos comportamientos, cogniciones y estados afectivos de desadaptación. Además, las variables distantes en el tiempo con frecuencia contribuyen a los problemas

actuales del paciente (p. ej., un trauma temprano quizá genere síntomas de un trastorno de estrés postraumático años después). Por añadidura, al comprender la historia familiar de un paciente se obtiene información referente a la manera como desarrolló ciertas creencias sobre el mundo. La identificación de estas variables distantes ofrece otra oportunidad de investigar los mecanismos causales que contribuyen al panorama sintomático en curso del paciente.

Dimensión funcional

La función que cumple cada una de estas variables respecto del resultado final identificado constituye la dimensión de evaluación final y es piedra angular en la evaluación de la TCC (Haynes y O'Brien, 1990, 2000). La función aquí se refiere a la covariación que existe entre dos o más variables y está en armonía con la perspectiva de sistemas que forma parte de nuestra orientación adoptada. En muchos casos, esta asociación implica causalidad (A “causó” B), mientras que en otros tal vez no haya necesidad de invocar el concepto de causalidad (“A sólo cambia cuando B cambia”, y viceversa). En este último caso, la covariación describe con más precisión una relación funcional según la cual una variable opera como factor de sostenimiento de la segunda variable. Por ejemplo, B quizá no sea la “causa” original de A, pero opera como la razón por la que A persiste. Entre las razones posibles para esta función de sostenimiento se hallan las siguientes: 1) porque B sirve como estímulo que provoca a A (es decir, un estímulo o desencadenante discriminativo), o 2) que B sirve para aumentar la probabilidad de que A persista debido a sus propiedades reforzadoras en relación con A.

El acrónimo EORC, que presentaron Goldfried y Sprafkin (1974), es un medio útil para resumir diversas relaciones funcionales entre esas variables. Así, si el problema presente (p. ej., depresión) se identifica como la *respuesta* que se debe cambiar (es decir, el resultado final), entonces la evaluación determina las variables que operan como *antecedentes*, las que operan como *consecuencias* y las que lo hacen como *mediadores* o moderadores orgánicos de la respuesta. En este contexto, una variable se identifica como *estímulo* (E; antecedentes intrapersonales o ambientales), *variable orgánica* (O; variables biológicas, conductuales, afectivas, cognitivas o sociales/étnicas/culturales), *respuesta* (R) y *consecuencia* (C; efectos intrapersonales, interpersonales o ambientales generados por la respuesta) (véase también Goldfried y Davison, 1994).

Al concordar tanto con la causalidad múltiple como con la orientación del marco de sistemas ya recomendado, y debido a la complejidad del comportamiento humano, es probable que se observe que varias importantes y pertinentes cadenas EORC dentro de una cadena causal mayor contribuyan de manera

colectiva a explicar la aparición inicial y la persistencia continua de problemas en un paciente. Más aún, también resulta factible que estas cadenas interactúen entre sí y, de este modo, dentro de una cadena causal particular, una variable determinada opere como estímulo y en otra cadena como consecuencia. De modo que una consecuencia particular tal vez no sólo aumente la probabilidad de que un comportamiento reaparezca en el futuro (mediante el reforzamiento positivo), sino quizá también incremente la probabilidad de provocar un estímulo particular (es decir, que opere como estímulo desencadenante o discriminatorio).

Sin embargo, los cambios en una variable particular tal vez originen modificaciones en la relación funcional entre otras dos variables. Por ejemplo, los cambios positivos para afrontar la capacidad (una variable "O") que opera como moderadora de la relación entre sucesos estresantes (una variable "E") y el afecto depresivo (una variable "R"), alteran la solidez de la relación entre estrés y depresión, de modo que los sucesos estresantes para una persona determinada ya no representan un desencadenante importante. En estricto sentido, una cadena EORC particular constituye una "instantánea" de la manera como algunos factores se relacionan funcionalmente entre sí en un momento dado. Una comprensión profunda de los problemas de un paciente, así como de los obstáculos únicos que afronta para alcanzar sus metas, se facilitará con un conjunto interactivo de cadenas EORC dentro de una red o sistema causal general (es decir, un modelo causal extenso pero ideográfico de la forma como una serie de variables se relaciona funcionalmente con esos problemas).

Importancia de las EORC

Al identificar con la nomenclatura EORC las relaciones funcionales que algunas variables de resultados instrumentales guardan con el resultado final y entre sí, se obtiene información respecto de los problemas potenciales que se fijan como objetivo y se sugieren intervenciones para abordarlos. Por ejemplo, de esta forma se observan las estrategias de intervención que encaminan al cambio de las variables de estímulo, las variables mediadoras orgánicas y las variables de consecuencia con el fin de ejercer un efecto en el resultado final. Así, es evidente la importancia de la relación integral entre la formulación de caso y el diseño de tratamiento que plantea este modelo.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS A LA FORMULACIÓN DE CASO: GENERAR OPCIONES

La meta de esta labor de resolución de problemas, pertinente para la formulación de caso, es identificar un horizonte significativo de problemas objetivo poten-

ciales y maximizar así la probabilidad de identificar al final los más eficaces. Este objetivo se alcanza con un método de lluvia de ideas, que recomienda tres principios generales de resolución de problemas:

- Principio de cantidad (mientras más ideas se produzcan, aumenta la probabilidad de que se generen las más eficaces).
- Principio de aplazamiento de juicio (se generan más opciones de buena calidad si se difiere la valoración hasta reunir una lista extensa de posibles soluciones).
- Principio de estrategias-tácticas (pensar en estrategias de solución o enfoques generales, además de tácticas específicas, aumenta la producción de ideas).

En este momento, el terapeuta aplica estos principios de resolución de problemas en concordancia con las estrategias de búsqueda teóricas y diagnósticas, y dentro del contexto de la matriz de evaluación multidimensional, a fin de generar una lista de posibles variables de resultados instrumentales que pueden seleccionarse como objetivos de tratamiento para un paciente determinado. *Observe que en los capítulos 5 a 15 se ofrece una descripción de las variables comunes de resultados instrumentales derivadas empíricamente de los 11 trastornos psicológicos apuntados.*

Como ejemplo, tomando como base estas guías, considere la siguiente lista de las principales metas de resultados instrumentales más comunes de la ansiedad social (véase el capítulo 9):

- Reducción de excitación fisiológica elevada.
- Reducción de creencias disfuncionales.
- Aumento de las habilidades interpersonales.
- Reducción general de estrés.
- Mejorar los déficits de habilidades sociales específicas.
- Reducir la atención en las sensaciones corporales.
- Abordar trastornos comórbidos relacionados.

Observe que no se afirma que *todas* estas variables de resultados instrumentales serán pertinentes e importantes para *todos* los pacientes que padecen ansiedad social. Más bien, esta lista representa la *variedad* de factores de resultados instrumentales comunes y empíricamente derivados que serían importantes para evaluar a todos los pacientes de esta clase, a fin de minimizar la posibilidad de pasar por alto *alguna* de dichas variables (es decir, impedir que la estrategia heurística de juicio se “escabulla” dentro de nuestra formulación de caso).

Aunado a ello, *más allá* del conjunto de metas de resultados instrumentales presentados para los 11 trastornos de la sección II, los autores de esta obra re-

comiendan que el practicante de TCC genere (con las operaciones de resolución de problemas descritas en este capítulo) *más* variables de este tipo que pudieran ser significativas para un paciente determinado.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS A LA FORMULACIÓN DE CASO: TOMA DE DECISIONES

La selección de resultados instrumentales específicos de un paciente a partir de una lista como la anterior se efectúa durante el proceso de toma de decisiones. La meta de esta actividad de resolución de problemas es elegir resultados instrumentales que, cuando se fijan como objetivos, maximicen el éxito del tratamiento.

De acuerdo con el modelo de resolución de problemas, la toma de decisiones eficaz se basa en una valoración de la *utilidad* de las diversas opciones. Así, debe elegirse la opción o grupo de opciones con el mayor grado de utilidad, misma que se determina considerando dos factores fundamentales:

1. La *probabilidad* de que una opción permita alcanzar una meta particular.
2. El *valor* de dicha opción.

Probabilidad de alcanzar una meta

En el lenguaje de resolución de problemas, *calcular la probabilidad* implica evaluar la posibilidad de que una opción en verdad facilite el logro del objetivo, así como la de que la persona que la aplique sea capaz de hacerlo de forma óptima. Estos principios generales son pertinentes al proceso de formulación de caso al tomar en cuenta la posibilidad de que:

- Abordar esta variable de resultados instrumentales *particular* sirva para que este paciente *particular* alcance sus metas de tratamiento generales (es decir, ¿este resultado instrumental permite el resultado final deseado, ya sea de manera directa o por medio de otra meta de resultados instrumentales relacionada?).
- Este problema objetivo particular sea razonablemente tratable (es decir, según la bibliografía, ¿se alcanzará *esta* meta de resultados instrumentales?).
- Este terapeuta en particular sea capaz de tratar el problema objetivo determinado (es decir, ¿cuento con la pericia para aplicar las intervenciones que se dirijan al cambio de este problema objetivo?).

- El tratamiento necesario para facilitar el cambio para el paciente esté *disponible*.

Las respuestas a muchas de estas preguntas de criterio (p. ej., ¿lograr este resultado instrumental afectará de forma positiva el resultado final de este paciente?) requieren, en primer lugar, investigar en la bibliografía empírica para determinar desde el punto de vista nomotético la *solidez* de tales relaciones entre pares instrumentales específicos del tipo *resultado instrumental-resultado final* (p. ej., una correlación del orden de cero entre la gravedad de los síntomas depresivos y las distorsiones cognitivas; el porcentaje de pacientes suicidas con una alta puntuación en una escala de desesperanza) y, en segundo lugar —lo cual es consistente con la orientación de la causalidad múltiple—, determinar si esa información nomotética es *pertinente* para un paciente específico. En otras palabras, si una evaluación de la presencia de pensamientos disfuncionales respecto de un paciente con ansiedad social revela problemas significativos en cuanto a esta variable específica de resultados instrumentales, lo más probable es que dicha variable sea identificada como objetivo inicial del tratamiento. Por otra parte, si tal valoración revela otra cosa (es decir, que sólo está presente un grado marginal de pensamiento disfuncional), entonces este factor de resultado instrumental *no* sería un objetivo para este paciente.

Aunque parezca que se trata de cosas obvias, es necesario hacer hincapié en lo necesaria que es una evaluación así en el contexto de la determinación de la pertinencia de todos los puntos en el *horizonte* de variables de resultados instrumentales para todos los pacientes de esta clase, y no pasar por alto el proceso de formulación de caso y aplicar técnicas de tratamiento que aborden el objetivo de tratamiento “favorito”.

Valor de una opción: centrarse en las consecuencias

El valor de una idea se calcula al evaluar cuatro áreas específicas de criterios. De manera específica, en la formulación de caso, la primera abarca las *consecuencias personales* tanto para el terapeuta como para el paciente, como las siguientes:

- El tiempo, esfuerzo o recursos necesarios para alcanzar el resultado instrumental.
- El costo o ganancia emocional producto de alcanzar este resultado.
- La consistencia de este resultado con los valores éticos propios.
- Los efectos físicos o riesgosos para la integridad física que implica alterar el problema objetivo.
- Los efectos sobre otros problemas objetivo de cambiar esta área problemática.

Las *consecuencias sociales*, la segunda categoría de criterios de valor, conllevan efectos en otras personas, como:

- La pareja.
- Un familiar.
- Amigos.
- La comunidad (en caso de que el individuo pudiera tener impacto en ella).

Además, deben evaluarse los *efectos a corto plazo* en otras áreas problemáticas del paciente, así como los efectos iatrogénicos a corto plazo relacionados con el logro del resultado instrumental. Por último, es preciso considerar los *efectos a largo plazo* de cambiar estos resultados instrumentales en el funcionamiento psicológico futuro. Una vez más, las respuestas a estas preguntas requieren la aplicación ideográfica de la bibliografía nomotética empírica para el paciente específico.

Con estos tipos de criterios para juzgar la utilidad, el terapeuta está en condiciones de efectuar un análisis costo-beneficio a cada problema objetivo potencial generado con anterioridad. En esencia, se eligen así los resultados instrumentales con una alta probabilidad de *maximizar los efectos positivos* y *minimizar los efectos negativos* como problemas objetivos iniciales. De este modo, con la probabilidad y criterios de valores se guía la selección de problemas objetivo y se priorizan las áreas de tratamiento.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS A LA FORMULACIÓN DE CASO: VALORAR LOS RESULTADOS DE LA SOLUCIÓN

En lo básico, es en esta etapa del proceso de resolución de problemas referente a la formulación de caso de la TCC cuando el tratante, al poner en práctica diversas actividades de resolución de problemas, ha sido capaz de esbozar una lista de objetivos de tratamiento pertinentes para el paciente en turno. Ahora está listo para determinar si esta lista hipotética es “válida de verdad” para este paciente en particular. En otras palabras, en tanto un sello distintivo de la TCC es su fidelidad al razonamiento científico más que sólo albergar esperanza en que esta lista de objetivos sea en verdad válida para dicho paciente, el terapeuta debe comprometerse en esta operación final de resolución de problemas. Según la terminología de la resolución de problemas, esta operación supone las actividades siguientes:

- Llevar a la práctica la respuesta de solución.
- Supervisar el resultado de esta solución.
- Valorar la correspondencia entre las consecuencias predichas y las reales.

Mapa clínico de patogénesis

De modo específico para la formulación de caso, el proceso de este modelo requiere primero trazar un *mapa clínico de patogénesis* (MCP; Nezu y Nezu, 1989). Un MCP es una descripción gráfica de las variables hipotéticas que contribuyen al surgimiento y mantenimiento de las dificultades de un paciente determinado, y especifica así las relaciones funcionales entre ellas con nomenclatura EORC. Es factible considerarlo un ejemplo de una ruta de análisis o como un diagrama causal ideográfico para un paciente dado (Nezu *et al.*, 1997). Además, el MCP ofrece una declaración concreta de las hipótesis causales iniciales del terapeuta con las cuales comparar otras hipótesis. Conforme se recopila nueva información y el profesional confirma o descarta diversas predicciones, se altera el MCP. La elaboración del MCP es, en esencia, la “puesta en práctica del plan de solución” producto del proceso de toma de decisiones. Más aún, proporciona bases importantes para diseñar un plan de tratamiento único para un paciente específico.

Los elementos siguientes constituyen un MCP:

- Variables distantes.
- Variables de antecedentes.
- Variables organísmicas.
- Variables de respuesta.
- Consecuencias.

Variables distantes

Se trata de los factores históricos o de desarrollo que puedan ser responsables del surgimiento inicial de vulnerabilidades particulares o de los trastornos psicológicos o síntomas de angustia en sí mismos. Algunos ejemplos de lo anterior son traumas graves (violación, combate bélico), experiencias de aprendizaje tempranas, carencia de modelos sociales adecuados para un comportamiento responsable, una serie de sucesos cotidianos estresantes y negativos, etc. Por una parte, estos factores de desarrollo pueden ser considerados como variables *estáticas*, en tanto que no son proclives a cambiar por sí mismas. No obstante, sí permiten una comprensión más profunda de los problemas de un paciente, sobre todo entender diversas covariaciones en las variables distantes de problemas objetivo. Conocer dichas covariaciones permite al profesional anticipar respuestas a ciertos estímulos (p. ej., experiencias de humillación pública en la infancia temprana quizá predigan respuestas adultas de angustia ante situaciones de interacción en un ambiente público). Además, al formar parte de la “historia” de la

persona, las variables distantes son piezas útiles del rompecabezas con que se explique el MPC a los pacientes para que lo comprendan mejor.

Variables de antecedentes

Este conjunto de elementos abarca cualquiera de las variables *relacionadas con el paciente* (es decir, conductuales, cognitivas, afectivas, biológicas, sociales/étnicas/culturales) y *relacionadas con el ambiente* (es decir, el ambiente social y físico) que operan como *estímulos desencadenantes* o *discriminativos* próximos para otros factores de resultados instrumentales o para los síntomas angustiantes en sí. Un ejemplo de la primera clase de situación implica la variable ambiental de aislamiento social, la cual desata algunos pensamientos negativos (p. ej., “soy un completo inútil porque una vez más estoy solo la noche de un sábado sin nada que hacer”) que luego desencadenan sentimientos de tristeza y desesperanza. Un ejemplo de la segunda situación es el factor ambiental de “ser rechazado” cuando una persona invita a alguien a salir, lo que opera como desencadenante inmediato de fuertes sentimientos de depresión.

Variables organísmicas

Abarcan los diversos tipos de variables *relacionadas con el paciente* (conductuales, afectivas, biológicas, sociales/étnicas/culturales); tales factores representan *mediadores* de respuesta (variables que explican por qué se manifiesta una respuesta determinada en presencia de algunas variables de antecedentes) o *moderadores* de respuesta (variables que influyen en la solidez o dirección de la relación entre un factor de antecedente y una respuesta). Algunos ejemplos de variables mediadoras son las habilidades sociales deficientes (variable conductual), distorsiones sociales relacionadas con la desconfianza hacia los demás (variable cognitiva), excitación y temor elevados (variable emocional), padecimientos coronarios (variable biológica) y antecedentes étnicos referentes a la comprensión propia del significado de un conjunto particular de síntomas (variable social/étnica/cultural). Un ejemplo de variable moderadora organísmica es la capacidad de resolver problemas sociales, misma que se ha observado disminuye el riesgo de padecer depresión en circunstancias muy estresantes (Nezu, en prensa).

Variables de respuesta

Esta categoría se refiere ya sea a: a) ciertas variables de resultados instrumentales relacionadas con el paciente que se asocian de manera muy estrecha a una de

las metas de resultados *finales* del paciente (p. ej., la ideación suicida se vincula en gran medida con el comportamiento suicida); o *b*) el conjunto de síntomas angustiantes que constituyen los resultados finales mismos (p. ej., depresión, sufrimiento, abuso de sustancias o problemas maritales).

Variables de consecuencia

Entre ellas se halla toda la diversidad de variables relacionadas tanto con el paciente como con el ambiente, que se presentan como reacción a una variable de respuesta determinada. Según la naturaleza y fuerza de la consecuencia, la relación respuesta-consecuencia opera para aumentar o disminuir la probabilidad de que la respuesta se manifieste en el futuro (mediante el proceso de refuerzo y castigo positivo y negativo). Así, por ejemplo, evitar un comportamiento (la respuesta) en reacción a un estímulo temido (variable de antecedente) opera para disminuir una variable orgánica mediadora (elevada excitación en lugares altos), lo que origina la disminución de temor y ansiedad (consecuencia) por medio de un paradigma de refuerzo negativo. Estas variables de consecuencia a menudo son la razón principal de que persistan diversas conductas desadaptativas (p. ej., la reducción de la ansiedad relacionada con una fobia que resulta de evitar un comportamiento opera para reforzar negativamente una respuesta y, de este modo, incrementa la probabilidad de que tal respuesta persista en el futuro). La ganancia secundaria (p. ej., atención, reducción de responsabilidad, excusa para ausentarse del trabajo) es otra categoría de potenciales variables de consecuencia que es importante evaluar.

El caso de Henry

La figura 2-1 presenta el ejemplo de un MCP de un paciente, Henry, que padece ansiedad social. Henry, soltero de 32 años de edad, caucásico, solicitó terapia externa por la grave angustia y temor que sentía en situaciones sociales. Conforme progresaba en su trabajo como contador en una empresa grande, tenía la seguridad de que lo ascenderían debido a su compromiso y talento “con los números”. Sin embargo, este progreso laboral era un arma de dos filos: en el lado positivo, avanzaba y recibía mejor salario pero, por el negativo, se le asignaban mayores responsabilidades que implicaban reunirse con clientes nuevos, atender citas sociales y hacer presentaciones frente a grupos medianos. Todas estas actividades eran muy atemorizantes para Henry y, por ende, decidió acudir a terapia.

Con el modelo de resolución de problemas como se aplicó en la formulación de caso, se elaboró el MCP inicial de la figura 2-1. Con base en una evalua-

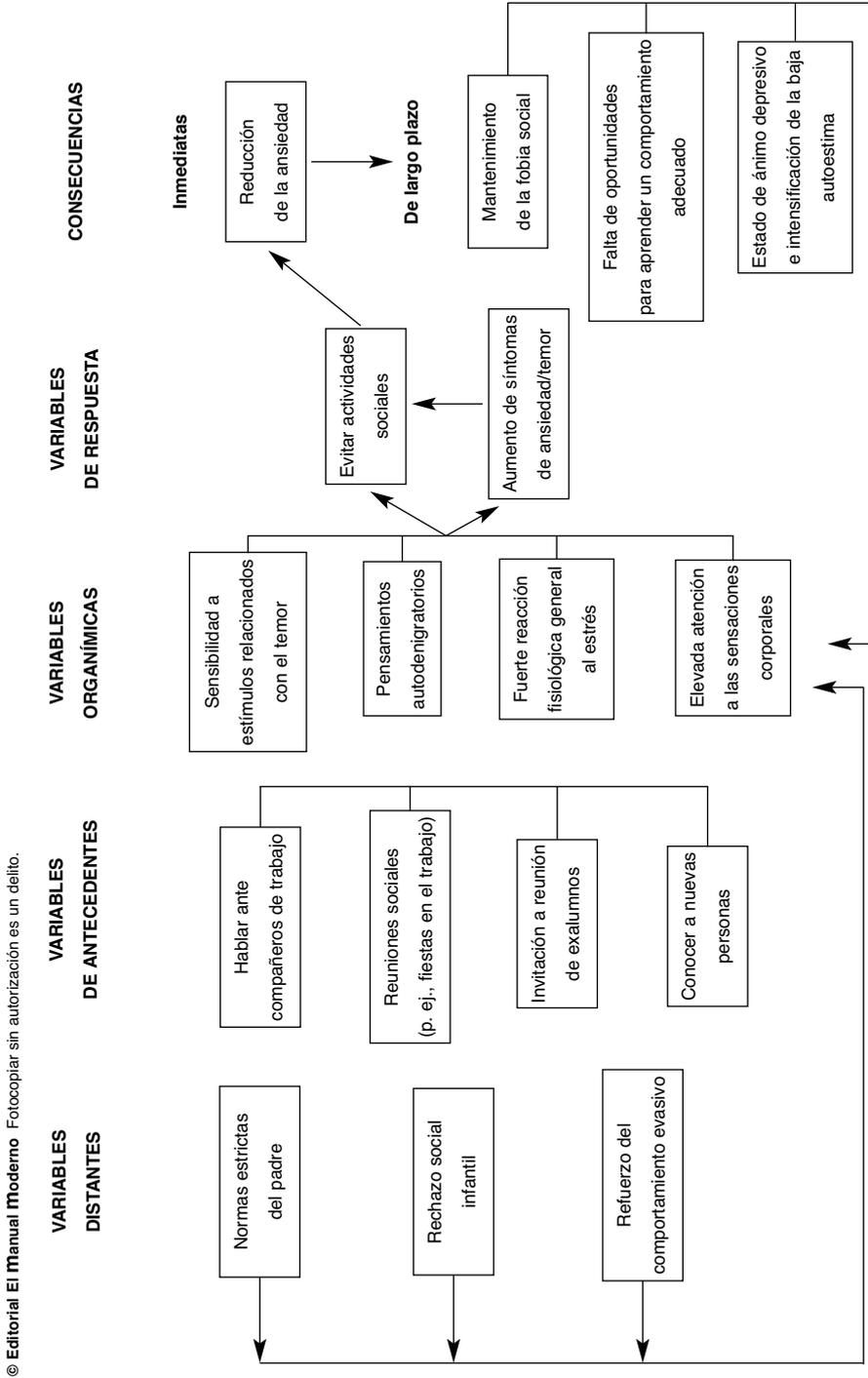


FIGURA 2-1. Ejemplo del mapa clínico de patogénesis de "Henry", quien padece ansiedad social.

ción amplia del funcionamiento pasado y actual de Henry, como indica el MCP, se observan varios factores de desarrollo (es decir, variables distantes) que parecen relacionarse de forma etiológica con su ansiedad social. Se trata de: *a*) un padre que imponía reglas estrictas y complejas de comportamiento en la mayoría de las situaciones sociales; *b*) el frecuente rechazo de otros niños, quienes se burlaban de los intentos de Henry por actuar de manera “formal” (acorde con las “reglas” de su padre); y *c*) el refuerzo materno de evitar situaciones sociales.

Tales experiencias de aprendizaje tempranas operaron para generar las siguientes vulnerabilidades orgánicas: *a*) alta sensibilidad ante toda situación social; *b*) pensamientos negativos significativos respecto de sus propias opiniones y de las que percibía que los demás tenían de él; *c*) bajo umbral de estrés en general, por lo que experimentaba notables síntomas de ansiedad emocional y física en reacción a situaciones estresantes; y *d*) intensa preocupación y atención hacia su propia persona por cualquier síntoma físico que pensara que lo hiciera parecer más ansioso y raro ante los demás.

Cuando se presentaban ciertas situaciones que operaban como estímulos detonantes (es decir, variables de antecedentes), como cuando su jefe le indicara que debía dirigir una sesión de capacitación para un nuevo grupo de contadores a la siguiente semana, sus síntomas de ansiedad y temor se intensificaban conforme se acercaba la fecha de inicio. Al final, Henry manifestaba varios comportamientos que le permitían evitar el acontecimiento temido (p. ej., reportarse enfermo ese día, pedir a alguien que lo supliese) (la respuesta). Otros antecedentes desencadenantes más recientes eran una invitación a una reunión de exalumnos de su preparatoria y otra invitación a una fiesta que daba su jefe, a la cual sentía que “por política” no podía eludir. Conocer a nuevas personas, fuese en el trabajo o en la vida cotidiana, siempre le causaba un aumento de ansiedad.

Conforme avanzaba la evaluación continua se revelaba que, desde el punto de vista funcional, el comportamiento de evitar los sucesos estresantes —a pesar de que cuando era eficaz provocaba un decremento inmediato de la ansiedad (consecuencia inmediata)— en realidad se reforzaba de manera negativa a sí mismo y, al final, operaba para mantener los síntomas de ansiedad social. Esto limitaba más su capacidad de poner a prueba, por ejemplo, qué tan sustentables eran en realidad sus pensamientos autocensurables relacionados con su habilidad para hablar en público, además de que le generaba un estado de ánimo depresivo y reducía su autoestima (consecuencias de largo plazo de la respuesta). Por otra parte, tales consecuencias actuaban para reforzar y mantener la relación causal que ya existía entre las diversas variables orgánicas y de respuesta, lo que incrementaba la probabilidad de que, sin intervención, el problema de ansiedad social de Henry persistiera en el futuro.

En lo relacionado con otros pacientes con ansiedad social, es posible que otras medidas u oportunidades para evitar las actividades sociales temidas sean limi-

tadas o no tengan éxito. En el caso de Henry, mientras que su comportamiento para evitar esas actividades por lo general había sido exitoso, se daba cuenta de que su meta de seguir ascendiendo en la compañía corría un gran riesgo si no resolvía su problema de ansiedad. Un área importante de futura evaluación con Henry es una valoración de sus habilidades sociales reales y para hablar en público.

Valoración de la validez del MCP

Una vez trazado el MCP para un paciente determinado, el terapeuta, al continuar con la aplicación del modelo de resolución de problemas de toma de decisiones clínicas, busca determinar si es eficaz el resultado del proceso de resolución de problemas hasta ahora (es decir, la elaboración de un MCP). Esto se logra de dos maneras, mediante:

- Validación social.
- Comprobación de la hipótesis.

La *validación social* requiere que el tratante comparta el MCP inicial con el paciente (y sus allegados, de ser necesario). La retroalimentación del paciente es útil respecto de la pertinencia, importancia y necesidad de los problemas y objetivos seleccionados. El MCP en forma gráfica facilita en gran medida este proceso.

En segundo lugar, las *hipótesis comprobables* basadas en la formulación de caso original también sirven para verificar el MCP. De manera específica, el terapeuta evalúa el resultado al confirmar o descartar hipótesis basadas en el MCP. Por ejemplo, si un MCP, como el de Henry, indica que su principal problema es de ansiedad relacionada con dificultades interpersonales y temores de rechazo social, el tratante esboza algunas declaraciones predictivas. Una predicción quizá sugiera que Henry obtendría una alta calificación en un cuestionario que él mismo respondiera acerca de su comportamiento social evasivo y angustiante. Otra hipótesis propondría que durante una representación de rol estructurada de una situación social (p. ej., conocer a nuevas personas), experimentaría ansiedad, mostraría señales evidentes de tensión y se sentiría angustiado. Con las confirmaciones y *desconfirmaciones* de tales predicciones pueden ayudar al terapeuta a valorar la veracidad y pertinencia del MCP original.

De modo que estos dos métodos de valoración sirven para determinar si existen problemas con la versión más actualizada del MCP. De ser así, el tratante debe reiniciar el proceso de resolución de problemas y determinar el o los orígenes del desajuste (p. ej., ¿no se generaron suficientes problemas objetivo?, ¿no fue concluyente el análisis costo-beneficio?). Sin embargo, si la valoración

apoya la veracidad y pertinencia del MCP generado sólo para un paciente determinado, el terapeuta puede continuar a la siguiente fase de la terapia, la del diseño del tratamiento, como se describirá en el siguiente capítulo.

RESUMEN

Con el fin de elaborar una adecuada formulación de caso para un paciente específico, es recomendable aplicar un modelo de resolución de problemas para la toma de decisiones clínicas. Esto conlleva adoptar una orientación particular hacia este proceso (es decir, que la conducta tiene múltiples causas y existe dentro de un sistema), así como comprometerse en actividades específicas de resolución de problemas (es decir, definición del problema, generación de opciones, toma de decisiones y valoración de la solución). Una suposición importante subyacente en este modelo es la idea de que el terapeuta, sin pasar por alto el proceso de formulación de caso, debe efectuar una evaluación de *mapa clínico de patogénesis* (MCP) dentro del contexto de considerar la pertinencia de *diversas* variables de resultados instrumentales y aplicar técnicas de tratamiento que aborden los objetivos de tratamiento “favoritos” propios para un conjunto de síntomas o trastorno psicológico determinados. Un beneficio significativo de aplicar este modelo a la formulación de caso es el MCP, descripción gráfica de los factores que, en hipótesis, contribuyen al surgimiento y mantenimiento de los síntomas angustiantes de un paciente dado. Un propósito que cumple el MCP es ofrecer una base importante para diseñar un plan de tratamiento único para un paciente específico. El capítulo 3 describe la aplicación del modelo de resolución de problemas a la siguiente fase de la terapia cognitivo-conductual, la del diseño de tratamiento.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed., text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Ells, T. D. (1997). Psychotherapy case formulation: History and current status. In: T. D. Ells (Ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Goldfried, M. R., Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy* (expanded ed.). New York: Wiley.
- Goldfried, M. R., Sprafkin, J. (1974). *Behavior personality assessment*. Morristown, New Jersey: General Learning Press.

- Haynes, S. N., O'Brien, W. H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.
- Haynes, S. N., O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kanfer, F. H. (1985). Target selection for clinical change programs. *Behavioral Assessment*, 7, 7-20.
- Kendall, P. C. (1985). Toward a cognitive-behavioral model of child psychopathology and a critique of related interventions. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 357-372.
- Mash, E. J., Hunsley, J. (1993). Assessment considerations in the identification of failing psychotherapy: Bringing the negatives out of the darkroom. *Psychological Assessment*, 5, 292-301.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (Eds.) (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions: A problem-solving model. *Psychological Assessment*, 5, 254-263.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Haynes, S. N. (1997). Case formulation in behavior therapy: Problem-solving and functional analytic strategies. In: T. D. Eells (Ed.) *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 368-401). New York: Guilford Press.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Lombardo, E. R. (2001). Cognitive-behavior therapy for medically unexplained symptoms: A critical review of the treatment literature. *Behavior Therapy*, 32, 537-583.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Peacock, M. A., Girdwood, C. P. (2004). Case formulation in cognitive-behavior therapy. In: M. Hersen (series ed.), S. N. Haynes, E. Heiby (vol. eds.), *Behavioral assessment* (pp. 402-426). Vol. 3. *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. New York: Wiley.
- Rosen, A., Proctor, E. K. (1981). Distinctions between treatment outcomes and their implications for treatment evaluations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 418-415.
- Shadish, W. R. (1993). Critical multiplism: A research strategy and its attendant tactics. In: L. Sechrest (Ed.) *Program evaluation: A pluralistic enterprise* (pp. 13-57). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tanaka-Matsumi, J., Seiden, D., Lam, K. (1996). The Culturally Informed Functional Assessment (CIFA) Interview: A strategy for cross-cultural behavioral practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 215-233.

Aplicación del modelo de resolución de problemas al diseño del tratamiento cognitivo-conductual

DISEÑO DEL TRATAMIENTO DE LA TCC

La labor principal del terapeuta durante esta fase del tratamiento es elaborar la “parte central de la historia del paciente”, es decir, los medios para alcanzar las metas de resultados finales del paciente. La definición operacional de este análisis de medios-fines es un plan de tratamiento eficaz, mismo que debe contener estrategias de la TCC dirigidas a abordar los objetivos y metas del tratamiento ya identificadas durante la fase de formulación de caso. En otras palabras, para que este plan de tratamiento tenga éxito debe ayudar al paciente a vencer los impedimentos para el logro de las metas, como se esbozó ya en su MCP particular (Nezu y Nezu, 1993; Nezu, Nezu, Peacock, Girdwood, 2004).

Metas del diseño del tratamiento de la TCC

Las metas de esta importante actividad de terapia son dos: 1) elaborar un plan de tratamiento general que ayude al paciente a alcanzar sus metas, y 2) identificar los componentes y métodos del tratamiento necesarios para una aplicación *óptima* del plan de tratamiento general.

Salvo la labor de definir el problema, este modelo recomienda la aplicación de las mismas operaciones de resolución de problemas que se analizaron en el capítulo 2 para el proceso del diseño del tratamiento de TCC (el tratante ya se dedicó a definir el problema durante la fase de formulación de caso). Aunque

parezca un proceso sencillo una vez trazado el MCP, aún es real el riesgo de cometer errores de juicio debido a que las metas del diseño del tratamiento también conllevan múltiples decisiones clínicas. Por ejemplo, un terapeuta quizá decida aplicar una intervención de tratamiento específica a un paciente debido a que le fue útil con otro individuo que presentaba problemas semejantes. Sin embargo, si no se consideran las características únicas del paciente en turno, lo que puede suceder es que se aplique una estrategia de tratamiento que tal vez sirvió para otros pacientes, pero a causa de diferentes circunstancias (como la intensidad de los síntomas, presencia de problemas comórbidos, variaciones culturales, etc.) no resulte tan eficaz para el nuevo paciente.

Además, si el paciente presenta problemas que se consideran tratables con facilidad, el terapeuta puede decidir de manera errónea emplear una intervención antes de completar un análisis de decisión extenso. Por ejemplo, si bien en teoría una estrategia de tratamiento basada en la exposición constituye una opción eficaz para un individuo que padece graves síntomas fóbicos, quizá sea necesario que el terapeuta ponga en práctica *primero* un protocolo reestructurador cognitivo con el fin de disminuir los síntomas depresivos del paciente (mismos que se relacionan con un sentimiento de desesperanza en relación con el trastorno de ansiedad). En tal caso, es posible que sólo después de que mejore la depresión sea posible tratar de forma óptima la fobia grave causada por la baja motivación (relacionada con la depresión) a comprometerse con dicha estrategia. De este modo, se ve que el tratamiento de exposición es susceptible a fallar si se le aplica de manera prematura.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS AL DISEÑO DEL TRATAMIENTO: ORIENTACIÓN DEL PROBLEMA

De acuerdo con el marco planeado de multiplicidad relevante descrito en el capítulo 2, es importante adoptar la orientación, pertinente a la fase de diseño del tratamiento, de que la TCC debe considerarse en términos de estrategias de intervención, o enfoques generales, a fin de llegar a ciertos resultados instrumentales, y no sólo en términos de técnicas específicas. Así, por ejemplo, el manejo del estrés conductual o las intervenciones de reducción de ansiedad representan una *estrategia* general de métodos de tratamiento que tienen el objetivo de abordar ciertas variables de resultados instrumentales relacionadas con la ansiedad. Desde esta perspectiva general, existen diversas *tácticas* específicas de tratamiento, como exposición, desensibilización sistemática, imágenes guiadas, visualización, condicionamiento encubierto, relajación muscular progresiva, entrenamiento autogénico y meditación consciente. La eficacia de cualquiera de estas técnicas para un paciente determinado depende de sus características únicas, así como de la peri-

cia del terapeuta. De modo que resulta básico que el profesional esté al tanto de las diversas técnicas y estrategias a elegir al trabajar con un paciente y sus problemas particulares. Si el terapeuta utiliza la primera técnica que le llegue a la mente sin considerar las diversas opciones que existen dentro de la misma estrategia, disminuye la probabilidad de que elija la técnica más eficaz.

Además de lo anterior, existen múltiples formas de aplicar cada técnica. Por ejemplo, el cuadro 3-1 contiene una lista *parcial* de una gran variedad de métodos que se usan para implementar la *reestructuración cognitiva* de manera que se puedan alcanzar los resultados instrumentales de “reducir los pensamientos autofrustrantes” que, hipotéticamente, se relacionarían de manera causal con la meta de resultados finales de “disminuir la depresión”. Es necesaria una lista de posibles métodos de aplicación en caso de que un medio “estándar” para lograr dicha meta de resultados instrumental no resulte eficaz en un paciente dado.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS AL DISEÑO DEL TRATAMIENTO: GENERAR OPCIONES

En este momento, el terapeuta revisa el MCP propio del paciente y, con los distintos principios de lluvia de ideas mencionados en el capítulo 2, genera una lista de ideas de posibles tratamientos para el paciente en turno por cada variable de resultados instrumentales que se identificó como objetivo inicial del tratamiento. Observe que al conservar la orientación del problema que ya se recomendó, el tratante debe considerar varias estrategias, tácticas y métodos de tratamiento para aplicar *cada* táctica a *cada* objetivo clínico.

Cuadro 3-1. Distintos métodos para aplicar la reestructuración cognitiva.

- Ensayos conductuales.
 - Biblioterapia.
 - Modelamiento.
 - Refutación leve.
 - Confrontación abierta.
 - Didáctica.
 - Tareas para el hogar.
 - Miembros de la familia como terapeutas adjuntos.
 - Amigos como terapeutas adjuntos.
 - Visualización.
 - Uso de diagramas y dibujos.
 - Uso de caricaturas y material humorístico.
 - *Role-playing* (interpretación de roles) de “abogado del diablo”.
-

En este punto, de manera similar a la formulación de caso, el terapeuta debe intentar acceder a *todo* el universo existente o dominio de estrategias y tácticas de tratamiento potencialmente eficaces para una variable instrumental de resultado que puedan encontrarse en la literatura. Como ya se hizo notar, más que confiar en un enfoque de tratamiento *preferido* para un conjunto dado de síntomas, debido a las diferencias individuales ubicuas entre pacientes (p. ej., género, edad, gravedad de los síntomas, raza, presencia de problemas comórbidos), el practicante de la TCC debe revisar la pertinencia de un *horizonte* de posibles estrategias y tácticas derivadas de manera empírica.

A fin de facilitar su búsqueda en la bibliografía, igual que en la formulación de caso, el terapeuta dispone de dos estrategias básicas: un enfoque teórico y uno diagnóstico (véase el capítulo 2). Una vez más, la sugerencia para el terapeuta de TCC es que se guíe por la filosofía de la multiplicidad relevante que forma parte de esta orientación. Por ejemplo, el uso exclusivo de un *solo* enfoque específico de terapia para guiar la planeación del tratamiento aumenta la probabilidad de que cometa errores de juicio y de que pase por alto la pertinencia de dicho enfoque para un paciente determinado.

Un propósito importante de este libro es servir como guía sencilla para la formulación de caso y diseño de tratamiento, por lo que se presentan los resultados de esta búsqueda para el lector respecto de los 11 trastornos más comunes en el ámbito de la consulta externa. Estos datos se encuentran en los capítulos 5 a 15, en la sección II de esta obra.

Como ejemplo, con las directrices anteriores de resolución de problemas se presenta una lista de estrategias de intervención potencialmente eficaces para cada uno de los tres objetivos importantes de tratamiento de la ansiedad social (véase el capítulo 9):

Objetivo del tratamiento: Disminuir la elevada activación.

Intervenciones potenciales:

- Terapia de exposición.
- Inundación.
- Entrenamiento de relajación.

Objetivo del tratamiento: Disminuir las creencias disfuncionales.

Intervenciones potenciales:

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.

Objetivo del tratamiento: Mejorar las habilidades interpersonales.

Intervenciones potenciales:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en eficacia social.
- Terapia de grupo.

Observe que no se está afirmando que *todas* las intervenciones clínicas mencionadas son importantes y pertinentes para *todos* los pacientes que sufren ansiedad social. Más bien, esta lista representa el *horizonte* de estrategias de intervención *empíricamente derivadas* que es importante considerar para todos estos pacientes a fin de minimizar la posibilidad de pasar por alto alguno de estos procedimientos (es decir, impedir que las estrategias heurísticas de juicio se “escabullan” dentro de la formulación de caso).

Por otra parte, *más allá* del conjunto de intervenciones de tratamiento presentados para los 11 trastornos de la sección II, es recomendable que el terapeuta de TCC genere (con las operaciones de resolución de problemas descritas en este capítulo) estrategias y tácticas *adicionales* pertinentes para cada paciente específico.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS AL DISEÑO DEL TRATAMIENTO: TOMA DE DECISIONES

Al aplicar la labor de toma de decisiones al proceso de diseño del tratamiento, el terapeuta valora de manera sistemática cada intervención generada, de acuerdo con los criterios específicos relacionados con la utilidad. Como se hizo notar en el capítulo 2, la *utilidad* de una idea es una función compartida de varios cálculos de *probabilidad* y *valor*, en este caso específico, respecto de los efectos de un procedimiento de tratamiento determinado. En este momento, el tratante de TCC tiene la oportunidad de explorar con más detalle las interacciones potenciales de dichas intervenciones con diversos factores específicos en un paciente dado, así como la variedad de efectos positivos y negativos potenciales de las propias intervenciones.

Con el objetivo de determinar varios cálculos de probabilidad, el terapeuta formula las siguientes preguntas:

- ¿Cuál es la probabilidad de que esta intervención en particular consiga la o las metas especificadas?
- ¿Cuál es la probabilidad de que yo aplique de forma óptima este enfoque particular de tratamiento?

- ¿Cuál es la probabilidad de que el paciente se someta lo mejor posible a una estrategia particular?
- (Si es el caso.) ¿Cuál es la probabilidad de que terapeutas colaterales o paraprofesionales sean capaces de aplicar una estrategia particular de forma óptima?

Probabilidad de que una intervención particular alcance las metas especificadas

Al efectuar este primer juicio, el terapeuta evalúa la eficacia de una técnica determinada para tratar un problema o conjunto de síntomas ansiosos con base en la bibliografía empírica. El profesional debe calificar mejor aquellas técnicas de probada eficacia en el tratamiento de un problema particular que su modo de tratamiento preferido. Además, es importante que siempre tenga en mente las características únicas de un paciente particular cuando revise la bibliografía disponible y valore una táctica específica. Lo anterior debido a que un paciente dado puede ser muy distinto de la población sobre la cual se basó la investigación registrada en la bibliografía. Entre las variables pertinentes capaces de generar efectos diferenciales de tratamiento se encuentran la edad, género y antecedentes genéticos.

Probabilidad de aplicación óptima

Aquí el terapeuta valora su propia capacidad de aplicar el enfoque en cuestión. La eficacia de la intervención y el rango con que se alcance la meta se relacionan en gran medida con el grado con el cual el terapeuta es capaz de aplicar el tratamiento de manera competente. Así, la eficacia de una técnica de tratamiento en la bibliografía quizá difiera si un profesional tiene menos experiencia o capacitación en ella, en comparación con el protocolo que siguieron los terapeutas en la investigación documentada.

Probabilidad de que el paciente se someta de manera óptima a una estrategia particular

Los pacientes desempeñan una función integral en el tratamiento de la TCC. Así, es necesario considerar los factores relacionados con el paciente en términos de la probabilidad de que éste se someta de manera adecuada a una intervención en particular. Un factor de singular importancia es el grado de motivación y resistencia del individuo al tratamiento; debido a que esto se asocia con la adherencia

a la terapéutica elegida, es un factor que requiere evaluación continua a lo largo de la terapia. Otros factores que deben considerarse son la salud física del paciente, sus recursos financieros y sociales, y su capacidad cognitiva. Es posible que sea necesario tener en cuenta diferentes intervenciones para abordar problemas específicos de adherencia al tratamiento; sin embargo, este tipo de variable de resultados instrumentales no siempre es obvio al fijar objetivos durante el proceso de la formulación de caso.

Probabilidad de que otras personas sean capaces de aplicar una estrategia en particular

En ocasiones, la competencia de otras personas que apliquen tratamientos complementarios es un componente importante que debe considerarse cuando se predice el resultado general del tratamiento para un paciente. El espectro comprende cuidadores, cónyuges, familiares y otros individuos relacionados con el cuidado de la salud. Al abordar la probabilidad de que estas personas sean capaces de aplicar bien una intervención en particular, es importante que el terapeuta evalúe quiénes son, en relación con el paciente. Además, es importante evaluar sus capacidades, su grado de participación y hasta qué punto pueden ayudar a que el paciente alcance sus metas de tratamiento. Ejemplo de ello es que el compañero sexual del paciente se constituya en un punto favorable en el tratamiento de una disfunción de tipo sexual.

Cálculos del valor de una estrategia de intervención

Al evaluar el *valor* de los efectos del tratamiento, el terapeuta considera los siguientes cuatro grupos de criterios:

- Personales.
- Sociales.
- De corto plazo.
- De largo plazo.

Consecuencias personales

Las consecuencias personales de una intervención en particular pueden ser:

- Tiempo y recursos necesarios por parte tanto del terapeuta como del paciente.

- Esfuerzo tanto del terapeuta como del paciente.
- Costos o ganancias emocionales que pueda experimentar el paciente.
- Consistencia de una intervención con los valores morales y éticos tanto del terapeuta como del paciente.
- Efectos secundarios del tratamiento.
- Efectos potenciales positivos y negativos del tratamiento en otras áreas problemáticas de la vida del paciente.

Consecuencias sociales

Las consecuencias sociales del tratamiento requieren que el terapeuta considere la variedad de formas en que una cierta estrategia afectaría a la familia, amigos y allegados del paciente. Tal consideración reitera el aspecto dinámico de la terapia así como el valor de un enfoque multivariado a los pacientes y al tratamiento. El grado en que el ambiente social del paciente facilite la aplicación del tratamiento influirán en el grado de generalización y mantenimiento del tratamiento.

Consecuencias a corto y largo plazos

Además de las consecuencias personales y sociales que resultan de la aplicación de varias estrategias de tratamiento, también es recomendable considerar los efectos a corto y largo plazos de las intervenciones. De modo específico, se recomienda evaluar estos efectos en términos de cada criterio específico de probabilidad y valor.

Elaboración del plan de tratamiento

La meta del terapeuta es diseñar un plan de tratamiento que resulte, por una parte, eficaz para alcanzar las metas y, por la otra, prometedor para aplicarse de forma óptima. De manera ideal, un plan de tratamiento debe tener bajos costos temporales y financieros, ser consistente con los valores y ética de terapeuta y paciente, recurrir a la red social del paciente y reforzarla y, en general, reducir su angustia y aumentar su calidad de vida. Si bien es remota la probabilidad de cumplir con *todos* estos criterios en un plan particular de tratamiento, las directrices formales y sistemáticas para tomar decisiones según este modelo facilitan el logro de estos objetivos. Una vez que el terapeuta ha evaluado cada táctica de tratamiento de acuerdo con los criterios mencionados, debe seleccionar la o las opciones de tratamiento que parezcan más favorables en cuanto a su utilidad

para alcanzar las metas. Estos criterios también serán útiles al jerarquizar qué intervenciones deberán aplicarse primero a las diversas variables de resultados instrumentales o si, debido a las circunstancias únicas del paciente, será preciso optar por varias técnicas de tratamiento de manera simultánea.

APLICACIÓN DEL MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS AL DISEÑO DEL TRATAMIENTO: VALORACIÓN DE RESULTADOS

En este momento es práctico que el terapeuta solicite retroalimentación al paciente y verifique sus elecciones en la toma de decisiones. Esto es importante porque advierte al terapeuta sobre cualquier problema no contemplado y minimiza el fracaso de la intervención elegida. Durante la fase de diseño del tratamiento, esta actividad de resolución de problemas supone la elaboración de un *mapa de alcance de metas* (MAM) para después comparar los resultados esperados con los obtenidos.

Mapa de alcance de metas

Semejante al MCP, el MAM (Nezu y Nezu, 1989) es una presentación gráfica, esta vez respecto de “la ubicación actual del paciente” y “adónde quiere llegar”. El MAM debe incluir al principio una lista de metas de resultados instrumentales pertinentes (es decir, obstáculos para alcanzar una meta, como deficientes habilidades sociales o presencia de distorsiones cognitivas) y metas de resultados finales (es decir, objetivos del tratamiento, como reducción de la ansiedad) seleccionados ya durante el proceso de toma de decisiones. Estos resultados se basan en gran medida en el MAM único del paciente, por lo que el MAM opera como la base sobre la cual se identifican las estrategias de intervención posibles que al final permitan alcanzar las metas. En otras palabras, el MAM es el “mapa del tratamiento” o plan que de forma visual describe:

- Las metas generales del tratamiento que se seleccionaron de forma mutua (resultados finales).
- Los obstáculos que existen en ese momento para alcanzar dichas metas (las variables de resultados instrumentales seleccionadas).
- Los medios específicos (estrategias de intervención) para vencer dichos obstáculos.

La elaboración del MAM implica listar los enfoques del tratamiento seleccionado que operen como medios para alcanzar metas. Así, el paciente tendrá la

oportunidad de expresar sus preocupaciones respecto de las elecciones iniciales del tratamiento. Esto ofrece información al terapeuta para eliminar o revisar las elecciones particulares de tratamiento, de modo que aumenta el potencial de un buen resultado general.

En la figura 3–1 se presenta un ejemplo de un posible MAM derivado del MCP de Henry, el paciente mencionado en el capítulo 2 que padece ansiedad social. Como se aprecia en el cuadro, las cuatro variables de resultados instrumentales que al principio se identificaron como objetivos del tratamiento, tan solo se incluyeron de nuevo en el MAM. Vencer estos “obstáculos para alcanzar las metas”, hipotéticamente permitiría alcanzar las dos principales metas de resultados finales (a saber, disminuir el comportamiento evitativo, así como los síntomas de ansiedad y temor). Al aplicar el modelo de resolución de problemas al diseño de tratamiento de la TCC, la pieza final del MAM se coloca en su lugar para cada uno de los cuatro objetivos de tratamiento, es decir, se elabora una lista de tácticas de intervención derivadas de manera empírica, cuyo propósito es obtener un resultado instrumental específico. Como es evidente, se considera factible que algunos procedimientos de tratamiento identificados inciden en múltiples objetivos, lo que incrementa la posibilidad de un cambio clínico significativo. Observe que no se afirma que este MAM representa el tratamiento elegido para la ansiedad social de *todos* los pacientes; más bien, con base en el MAM propio de Henry, junto con la aplicación del modelo de resolución de problemas al proceso de diseño del tratamiento, este MAM en particular representa el mejor plan de tratamiento posible (inicial) para este paciente, con su conjunto particular de circunstancias únicas.

Valoración de la validez del MAM

Una vez elaborado el MAM para un paciente, el terapeuta, al continuar con la aplicación del modelo de resolución de problemas de toma de decisiones clínicas, determina si es eficaz el resultado del proceso de resolución de problemas hasta ahora (es decir, la elaboración de un MAM). Como se observó en el capítulo 2, esto se logra de dos maneras, mediante:

- Validación social.
- Comprobación de hipótesis.

La *validación social* en este momento implica que el terapeuta comparta el MAM con el paciente (y sus allegados, si es el caso). La retroalimentación del paciente sirve para apreciar la pertinencia, importancia y oportunidad de las opciones de tratamiento seleccionadas. La forma gráfica del MAM facilita en gran medida este proceso.

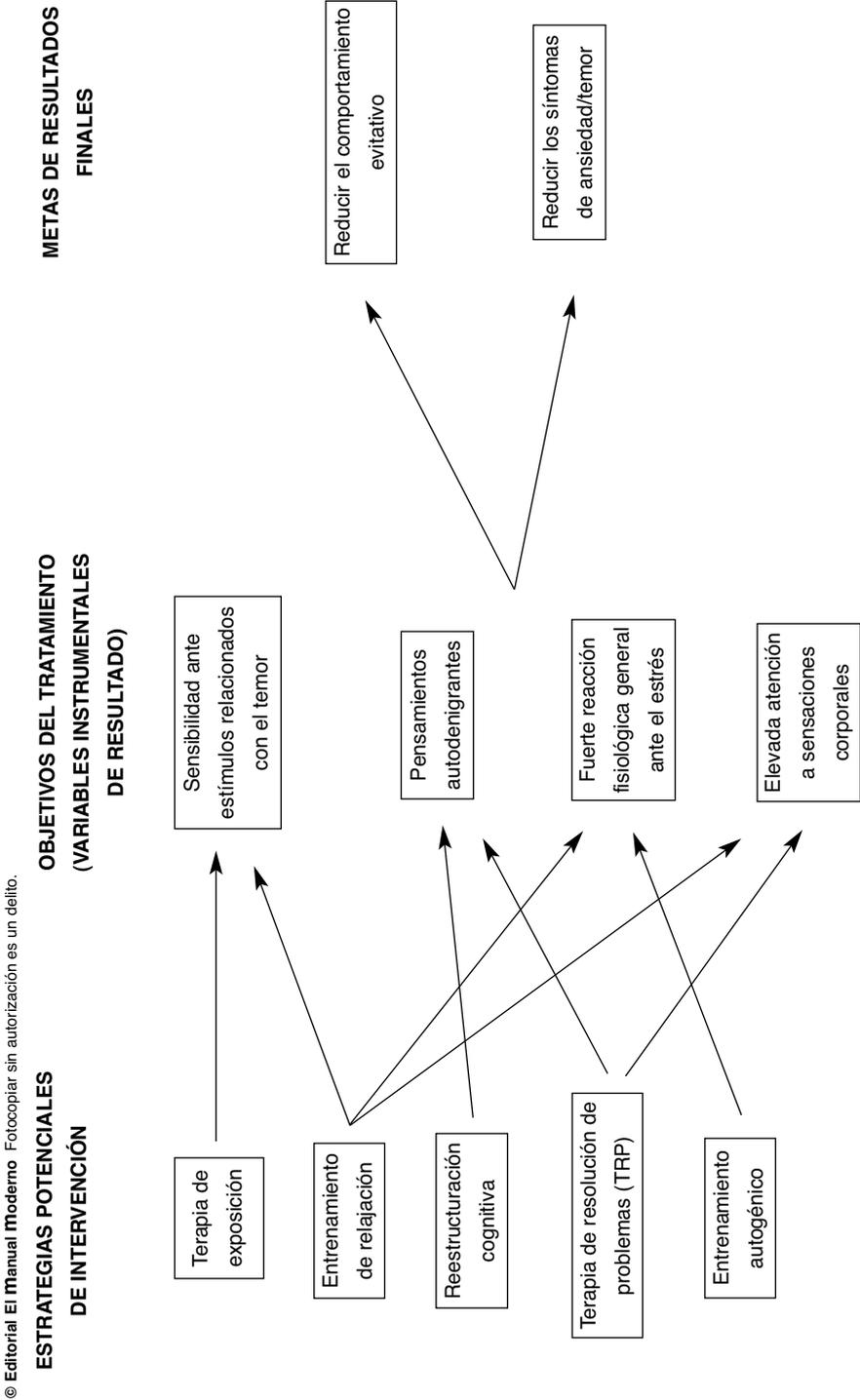


Figura 3-1. Ejemplo del mapa de alcance de metas (MAM) de "Henry", quien padece ansiedad social.

En segundo lugar, las *hipótesis comprobables* que se basan en el plan original de diseño del tratamiento sirven para verificar el MAM, lo cual supone valorar los efectos reales del plan de tratamiento que se esbozan en el MAM.¹ En otras palabras, las intervenciones que sí obtienen un resultado instrumental particular y generan un movimiento positivo hacia un resultado final apoyarían la validez del MAM. Por el contrario, cambiar un determinado mecanismo de acción hipotético que *no* afecte el resultado final, sugeriría que esa parte del MAM no es válida.

Estos dos métodos de valoración sirven entonces para determinar si hay preocupación con la versión más actual del MAM. De existir problemas, el terapeuta debe reiniciar el proceso de resolución de problemas y determinar el origen del desajuste. El cuadro 3-2 contiene una lista de preguntas importantes que el tratante debe formular para determinar lo anterior. No obstante, si la valoración apoya la validez y pertinencia del MAM para un paciente, el terapeuta puede continuar con el plan de tratamiento de acuerdo con el MAM.

Resumen

En este capítulo se describió la aplicación de varias operaciones de resolución de problemas al proceso de diseño de tratamiento de una TCC. Un tema subyacente importante de este capítulo es la necesidad de considerar *diversas* opciones de tratamiento para cada objetivo con el fin de minimizar la probabilidad de errores de juicio. Un producto importante de esta aplicación es la elaboración de un mapa de alcance de metas (MAM) propio del paciente, que es una descripción gráfica de las tácticas propuestas para abordar las variables de resultados instrumentales identificadas antes, durante el proceso de formulación de caso, como objetivos potenciales del tratamiento. Con este mapa se analiza el plan terapéutico con el paciente para obtener retroalimentación, así como material psicoeducativos útil respecto del proceso general de la terapia.

Tras describir la aplicación del modelo de resolución de problemas de toma de decisiones clínicas tanto para la formulación de caso como para el diseño del tratamiento de la TCC en teoría, el siguiente capítulo ofrece una guía para emplear el resto de este libro con el fin de aplicar un enfoque de TCC a diversos trastornos y problemas psicológicos.

¹ Para efectuar esta evaluación, el tratante también debe llevar a cabo otra labor propia de la toma de decisiones, a saber, la de elegir las medidas para el proceso de evaluación. No debe sorprender que también recomendemos aplicar nuestro modelo de resolución de problemas a este proceso. Sin embargo, debido a que una descripción detallada de este procedimiento trasciende los propósitos de esta obra, remitimos al lector a la bibliografía (Nezu, Nezu, Foster, 2000).

Cuadro 3-2. Preguntas de resolución de problemas que el terapeuta debe formular para valorar la validez del MAM.

-
- ¿Es adecuada la TCC para este paciente?
 - ¿Pasé por alto algún problema relacionado?
 - ¿Está motivado el paciente para cambiar?
 - ¿Teme el paciente al cambio?
 - ¿Pasé por alto alguna consecuencia negativa?
 - ¿Es en general eficaz este tratamiento para este problema?
 - ¿Estoy aplicando esta intervención de manera adecuada?
 - ¿Entiende el paciente este tratamiento?
 - ¿Está de acuerdo el paciente con el tratamiento?
 - ¿Es demasiado costoso este tratamiento?
 - ¿Es demasiado tardado este tratamiento?
 - ¿Hay un apoyo social adecuado para este paciente?
 - ¿Fue precisa la formulación de caso (MCP)?
 - ¿Ejerce este tratamiento algún efecto negativo del que no me haya dado cuenta?
 - ¿Presenta algún conflicto este tratamiento con los valores del paciente?
 - ¿Tiene el paciente metas o expectativas poco realistas respecto de la terapia? ¿Respecto del tratamiento?
 - ¿Cumple el paciente con sus tareas en el hogar?
 - ¿Practica el paciente de manera óptima la o las técnicas que forman parte del tratamiento (p. ej., habilidades de relajación)?
 - ¿Hay algún familiar del paciente que sabotee este tratamiento?
 - ¿Debo usar un enfoque distinto del tratamiento?
 - ¿Debo cambiar el método de este enfoque del tratamiento?
 - ¿Estoy atento a los sentimientos del paciente?
 - ¿Es prematuro este tratamiento?
 - ¿Me ve el paciente comprometido con su tratamiento?
 - ¿Confía en mí el paciente como su terapeuta?
 - ¿Identifiqué los reforzadores más sobresalientes para este paciente?
 - ¿Hay problemas o variables que actúen para mantener las dificultades del paciente, que impidan un buen resultado final?
 - ¿Debo detener el tratamiento?
 - ¿Debo consultar con otros colegas?
-

Nota. Adaptado con autorización de Nezu y Nezu (1989, p. 105).

REFERENCIAS

Nezu, A. M., Nezu, C. M. (Eds.). (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, Illinois: Research Press.

- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (1993). Identifying and selecting target problems for clinical interventions: A problem-solving model, *Psychological Assessment*, 5, 254-263.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Peacock, M. A., Girdwood C. P. (2004). Case formulation in cognitive-behavior therapy. In: S. N. Haynes, E. Heiby (Eds.) *Behavioral assessment* (pp. 402-406). Vol. 3, *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*. Ed. M. Hersen. New York: Wiley.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M., Foster, S. L. (2000). A 10-step guide to selecting assessment measures in clinical and research settings. In: A. M. Nezu, G. F. Ronan, E. A. Meadows, K. S. McClure (Eds.) *Practitioner's guide to empirically based measures of depression* (pp. 17-24). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Modo de empleo de esta guía de tratamiento para pacientes ambulatorios

MODELO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

En el capítulo 1 se subrayó la necesidad de contar con un conjunto de directrices que promoviesen la validez y pertinencia ideográfica de la formulación de caso y diseño del tratamiento en la terapia cognitivo-conductual (TCC). Los puntos más importantes de este argumento eran: *a)* la falta de un “recetario” de tratamientos que tomase en cuenta todas las formas en que los pacientes difieren entre sí, incluso entre quienes presentan los mismos problemas; *b)* la ambigüedad que surge por las frecuentes discrepancias entre los participantes en un estudio de investigación en particular y los pacientes en el consultorio; y *c)* los problemas potenciales en el razonamiento clínico debidos tan sólo al hecho de ser humanos (es decir, la presencia de estrategias heurísticas de juicio y prejuicios).

Con base en esta necesidad, la sugerencia fue que se procurase la validez de la formulación de caso y del diseño de tratamiento en la TCC para un paciente determinado con la aplicación de una serie de operaciones de resolución de problemas. Un modelo de resolución de problemas se asemeja mucho al “pensamiento científico” cuando se aplica a estas labores clínicas, además de que sirve para “salvar la brecha” entre ciencia y arte en las terapias cognitivo-conductuales (Nezu y Nezu, 1995).

En el capítulo 2 se describió la aplicación del modelo de resolución de problemas al proceso de formulación de caso en la TCC. El cuadro 4-1 ofrece una

Cuadro 4-1. Aplicación del modelo de resolución de problemas a la formulación de caso en la TCC: preguntas para formular.

Definición del problema y generación de opciones

- ¿Cuál es el problema presente?
- ¿Cuáles son las posibles metas de resultados finales para este paciente?
- ¿Cuál es el diagnóstico diferencial?
- ¿Qué procedimientos debo usar para evaluar este diagnóstico y medir la gravedad de los síntomas?
- Con base en la bibliografía empírica, ¿es muy amplia la variedad de variables de resultados instrumentales (VRI) pertinentes?
- ¿Cuáles son los objetivos de tratamiento adicionales propios de este paciente?
- ¿Qué variables relacionadas con el paciente son en potencia útiles como VRI para dicho paciente? ¿Qué variables conductuales (excesos y déficits)? ¿Qué variables afectivas/emocionales? ¿Qué variables cognitivas (deficiencias y distorsiones)? ¿Qué variables biológicas? ¿Qué variables sociales/étnicas/culturales?
- ¿Qué variables relacionadas con el ambiente son en potencia útiles como VRI para este paciente? ¿Qué variables sociales/culturales? ¿Qué variables del ambiente físico?
- ¿Cuáles son algunos factores causales distantes importantes?
- ¿Cuáles son los desencadenantes actuales o los estímulos discriminativos?
- ¿Cuáles son las relaciones funcionales entre estas variables básicas?
- ¿Cuáles son algunas cadenas de EORC propias de este paciente?
- ¿Qué variables operan como antecedentes?
- ¿Qué variables operan como consecuencias?
- ¿Qué variables organísmicas operan como mediadoras?
- ¿Qué variables organísmicas operan como moderadoras?

Toma de decisiones

- ¿Cuál es la probabilidad de que al abordar una variable de resultado instrumental se contribuya a que *este* paciente en particular alcance sus metas generales de tratamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que una variable de resultado instrumental determinada sea tratable?
- ¿Cuál es la probabilidad de que usted, como terapeuta de este paciente, sea capaz de tratar su problema?
- ¿Cuál es la probabilidad de que esté disponible el tratamiento necesario para facilitar el cambio en el paciente respecto de este objetivo del tratamiento?
- ¿Cuáles son las consecuencias de dirigirse a esta VRI en particular? ¿Cuáles las consecuencias personales? ¿Y las sociales? ¿Los efectos a corto plazo? ¿Y a largo plazo?

Valoración de los resultados de la solución

- ¿Qué apariencia tiene el MCP único de este paciente?
 - ¿Qué retroalimentación ofrece el paciente (y sus allegados, si es el caso) respecto del MCP?
 - ¿Cuáles son algunas predicciones de este MCP?
 - ¿Debe revisarse este MCP?
 - ¿Debo comenzar el proceso de diseño del tratamiento?
-

breve panorámica de esta aplicación en forma de preguntas de fácil consulta. Con base en las respuestas a dichas preguntas, el terapeuta elabora una forma, como la del cuadro 4-2, para resumir la información necesaria y plantear más adelante un mapa clínico de patogénesis (MCP) inicial (la figura 4-1 puede servir como modelo para un MCP).

En el capítulo 3 se presentó un conjunto similar de directrices respecto del diseño del tratamiento en la TCC. El cuadro 4-3 contiene una serie de preguntas que ayudarán al profesional a aplicar el modelo de resolución de problemas a este proceso con el fin de resumir y ordenar información para completar una forma como la que se muestra en el cuadro 4-4. Este resumen de datos sirve

Cuadro 4-2. Resumen de información necesaria para elaborar un mapa clínico de patogénesis (MCP).

Nombre: _____

Problema(s): _____

Diagnóstico diferencial (si es el caso): _____

Meta(s) de resultados finales: _____

Meta(s) de resultados instrumentales: (lista 1, 2, 3...)

Meta de resultados instrumentales #1

Descripción de la variable de resultados instrumentales:

Variables distantes pertinentes:

Variables de antecedentes pertinentes:

Consecuencias pertinentes (inmediatas y de largo plazo):

Relaciones funcionales entre variables (representa las conexiones y direcciones de flechas en el MCP):

Meta de resultados instrumentales #2

Descripción de la variable de resultados instrumentales:

Variables distantes pertinentes:

Variables de antecedentes pertinentes:

Consecuencias pertinentes (inmediatas y de largo plazo):

Relaciones funcionales entre variables (representa las conexiones y direcciones de flechas en el MCP):

Etc.

Relaciones funcionales entre todas las variables citadas (cuando sea el caso; representa las conexiones y direcciones de flechas en el MCP)

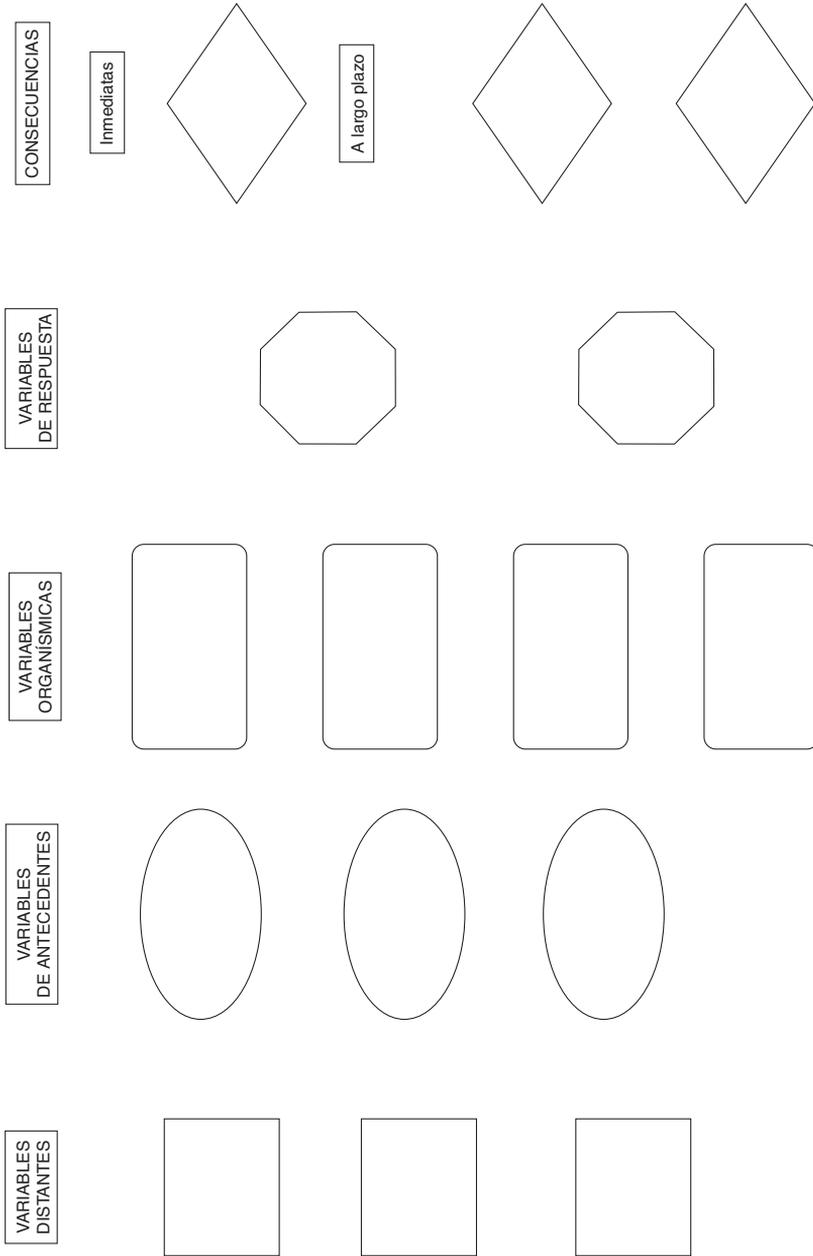


Figura 4-1. Modelo de muestra para el mapa clínico de patogénesis (MCP). Observe que la cantidad y forma de los campos son arbitrarias. Se trata sólo de un ejemplo. Note también que, debido a que es una muestra, faltan las líneas y flechas que deberían trazarse para indicar las relaciones específicas (y la dirección de dichas relaciones) entre las variables.

Cuadro 4–3. Aplicación del modelo de resolución de problemas al diseño de tratamiento en la TCC: preguntas por formular.

Generación de opciones

- ¿Es amplia la variedad de las posibles estrategias y tácticas de intervención derivadas de manera empírica para abordar cada variable de resultados instrumentales (VRI)?
- ¿Hay diferentes métodos para aplicar una estrategia determinada, con las características únicas de este paciente, que deban ser considerados?

Toma de decisiones

- ¿Cuál es la probabilidad de que esta intervención en particular alcance la(s) meta(s) de las VRI?
- ¿Cuál es la probabilidad de que yo aplique de forma óptima este enfoque particular de tratamiento?
- ¿Cuál es la probabilidad de que este paciente sea capaz de someterse a una estrategia en particular de forma óptima?
- (Si es el caso.) ¿Cuál es la probabilidad de que personal de apoyo o terapeutas para-profesionales sean capaces de aplicar una estrategia particular de manera óptima?
- ¿Cuáles son las consecuencias de aplicar esta táctica de tratamiento? ¿Las de tipo personal? ¿Social? ¿Los efectos de corto plazo? ¿Y a largo plazo?
- ¿Cuáles son las tácticas de tratamiento más eficaces y pertinentes para este paciente en particular en estas circunstancias específicas?

Valoración de los resultados de la solución

- ¿Qué apariencia tiene el mapa de alcance de metas (MAM) único de este paciente?
 - ¿Cuál es el resultado en la VRI que se aborda?
 - ¿Hay consecuencias positivas adicionales observables?
 - ¿Es factible que ocurran consecuencias negativas imprevistas como una función de la aplicación de esta táctica de tratamiento?
 - ¿Es necesario revisar el MAM? ¿Y el MCP?
 - ¿Puedo continuar con el MAM según lo planeado?
 - ¿Hay algún problema o preocupación adicionales a los que necesite prestar atención?
-

después como base para elaborar un mapa de alcance de metas (MAM) inicial (la figura 4–2 puede servir como modelo para un MAM).

Además, en el cuadro 4–5 el lector encontrará una guía para desarrollar notas de los progresos en las sesiones, misma que corresponde a la aplicación del modelo de resolución de problemas sesión por sesión.

En suma, la recomendación es que el terapeuta adopte esta guía cuando la efectúe una terapia cognitivo-conductual de consulta externa. Sin embargo, además de esbozar esta guía, como se observa a lo largo de la sección I, se han

Cuadro 4-4. Resumen de información necesaria para elaborar un mapa de alcance de metas (MAM).

Nombre: _____

Problema(s): _____

Diagnóstico diferencial (si es el caso): _____

Meta(s) de resultados finales: _____

Meta(s) de resultados instrumentales: (lista 1, 2, 3...)

Meta de resultados instrumentales #1

Descripción de la variable de resultados instrumentales (objetivo del tratamiento)

Posibles estrategias/tácticas de tratamiento (lista 1, 2, 3, si es el caso)

Meta de resultados instrumentales #2

Descripción de la variable de resultados instrumentales (objetivo del tratamiento)

Posibles estrategias/tácticas de tratamiento (lista 1, 2, 3, si es el caso)

Meta de resultados instrumentales #3

Descripción de la variable de resultados instrumentales (objetivo del tratamiento)

Posibles estrategias/tácticas de tratamiento (lista 1, 2, 3, si es el caso)

Etc.

realizado las diversas investigaciones que ésta requiere, concernientes a los objetivos y tácticas del tratamiento. El lector las encontrará en la sección II de este libro.

Tratamiento con TCC para el paciente ambulatorio

Al aplicar el modelo de resolución de problemas a los procesos de formulación de caso y diseño de tratamiento de la TCC junto con una filosofía de multiplicidad relevante, es recomendable que el terapeuta investigue en la bibliografía empírica con el fin de ubicar *diversas*:

- Variables de resultados instrumentales potencialmente pertinentes para un paciente determinado que experimente un conjunto particular de síntomas.
- Estrategias y tácticas de tratamiento que en potencia ayuden al paciente a vencer los obstáculos para alcanzar sus metas finales de tratamiento.

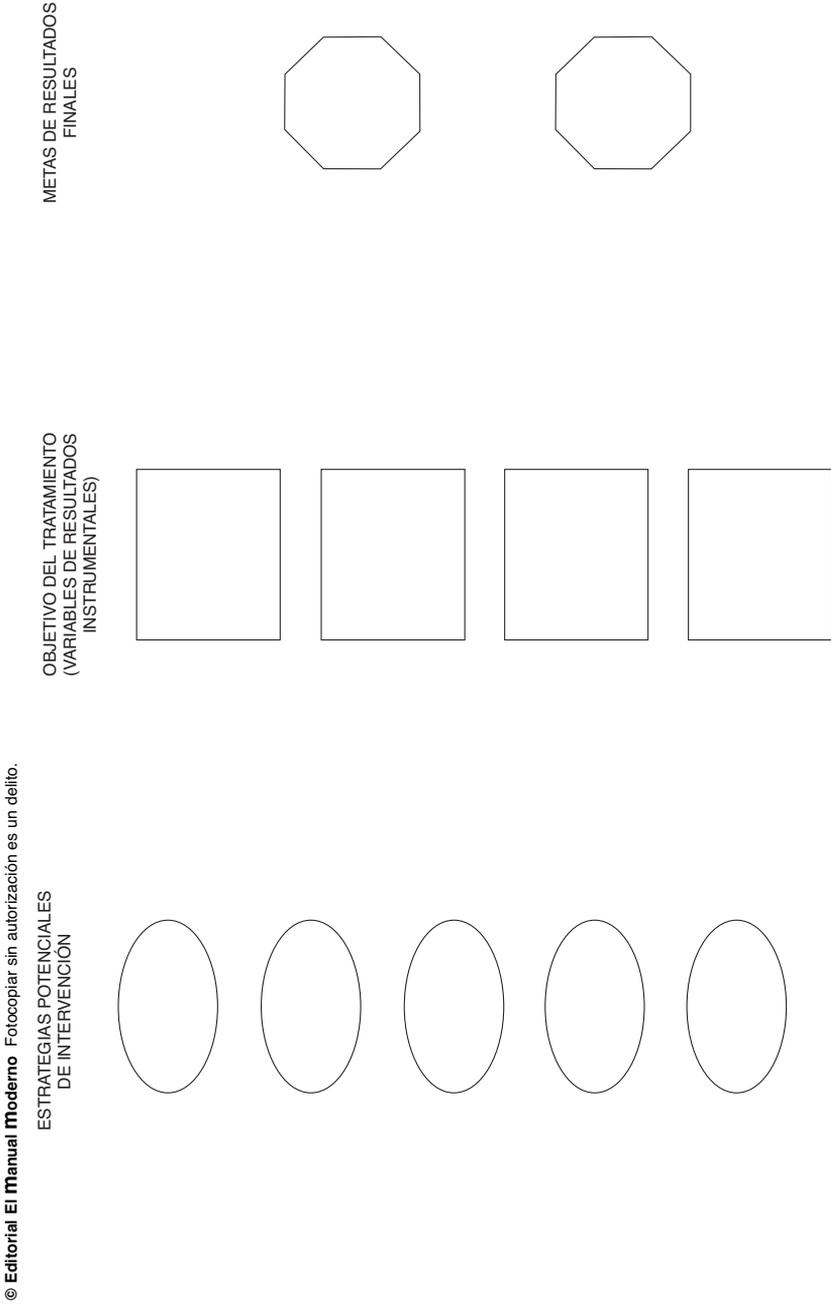


Figura 4-2. Modelo de un mapa de alcance de metas (MAM). Observe que la cantidad y forma de los campos son arbitrarias. Se trata sólo de un ejemplo. Note también que, dado que se trata de una muestra, faltan las líneas y flechas que irían trazadas para indicar las relaciones específicas (y la dirección de dichas relaciones) entre las variables.

Cuadro 4-5. Ejemplo de notas de los progresos en las sesiones.

Fecha de la sesión: _____

Avance desde la última sesión (p. ej., efectos de las tareas asignadas para el hogar):

Nueva información recopilada hoy: _____

Meta de resultados finales considerada en esta sesión: _____

Objetivo(s) del tratamiento/meta de resultados instrumentales abordados en esta sesión: _____
_____Tácticas de tratamiento dirigidas hacia los objetivos de tratamiento aplicadas en esta sesión: _____
_____Respuesta del paciente a la intervención del tratamiento (incluye problemas, procedimiento de medición, avance, relación con la meta de resultados finales): _____
_____Tarea asignada para el hogar: _____

Los capítulos de la sección II abordan 11 problemas y trastornos psicológicos comunes en el ámbito de la consulta externa. Para cada problema, con los dos tipos de directrices de investigación (es decir, los enfoques teórico y diagnóstico), se han elaborado dos listas: *a)* una de variables de resultados instrumentales derivadas empíricamente y en potencia pertinentes; y *b)* otra de tácticas de tratamiento eficaces y potencialmente relacionadas, encaminadas a vencer dichos obstáculos para alcanzar las metas de resultados finales. *Dichas listas son útiles junto con el modelo de resolución de problemas en la aplicación ideográfica efectiva de la información nomotética a los casos clínicos.*

ESTRUCTURA DE LOS CAPÍTULOS EN LA SECCIÓN II

Cada uno de los 11 capítulos adopta un formato estándar para presentar el material conducente. La idea es ofrecer una investigación e información clínica pertinentes de manera sencilla, que permitan saber lo suficiente para que el lector tome decisiones informadas y más eficaces. A continuación se presentan las categorías de información en cada capítulo. Si bien estos capítulos ofrecen al lector un conjunto confiable de directrices para proceder con una formulación de caso y diseño de tratamiento efectivos para diversos trastornos psicológicos,

es importante enfatizar que esta información sirve sólo como base sobre la cual elaborar el plan de tratamiento para un paciente determinado. Como ya se ha mencionado una y otra vez a lo largo de los capítulos precedentes, debido a las diferencias ubicuas entre pacientes que sufren el mismo conjunto de síntomas, junto con la brecha entre la bibliografía de investigación y la práctica clínica real, esta información debe emplearse junto con el modelo de resolución de problemas de toma de decisiones clínicas (Nezu y Nezu, 1989).

Descripción general y aspectos del diagnóstico

Aquí se describe el trastorno y una breve panorámica de los criterios de diagnóstico del DSM-IV-TR (cuando sea el caso).

Aspectos del diagnóstico diferencial

Esta sección destaca diferentes puntos importantes del diagnóstico diferencial.

Aspectos de comorbilidad

Aquí se presenta una breve panorámica de otros trastornos o síntomas que, por lo general, se presentan junto con el trastorno en turno.

Evaluación del trastorno

Esta sección contiene una lista y breve descripción de las herramientas de evaluación derivadas empíricamente que contribuyen al diagnóstico preciso o medición más exacta de la gravedad de los síntomas del trastorno. Siempre que es posible, se presentan herramientas de evaluación que abarcan calificaciones de los tratantes, observación de la conducta y mediciones autoreportadas.

Metas generales de la terapia

En esta sección se describen:

- Metas de resultados finales.
- Las principales metas de resultados instrumentales derivadas de manera empírica (es decir, objetivos del tratamiento).

- Herramientas de evaluación para medir cada variable de resultados instrumentales.
- Varias tácticas de tratamiento que abordan cada objetivo del mismo.

Objetivos adicionales del tratamiento

En esta sección se describen varias metas de resultados instrumentales “secundarias” para el trastorno.

Consideraciones clínicas adicionales

Aquí se destacan varios problemas que el terapeuta necesita considerar al abordar el trastorno. Entre ellos se encuentran las preocupaciones por diferencias de edad, género o antecedentes étnicos.

Referencias

La bibliografía citada en el capítulo.

Apéndices

Además de esta información, en el apéndice A se presenta una serie de “Guías rápidas para objetivos del tratamiento” para cada uno de los 11 trastornos que abarca esta obra. Además, el apéndice B describe de manera breve las tácticas de tratamiento mencionadas en la sección II para permitir al lector una comprensión más completa del procedimiento de tratamiento en sí.

REFERENCIAS

- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (Eds.) (1989). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Nezu, C. M. y Nezu, A. M. (1995). Clinical decision making in everyday practice: The science in the art. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 5-25.

Sección II

Trastornos y problemas específicos

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

La depresión es uno de los trastornos psicológicos más comunes, al grado de que se le suele denominar el “resfriado” entre los problemas de salud mental (Nezu, Nezu, Perri, 1989). Sin embargo, experimentar un *episodio depresivo mayor* es distinto a tan solo sentirse triste. La principal diferencia estriba en la consistencia de un grupo de síntomas que persisten por un periodo de al menos dos semanas. De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association 2000), cinco de los siguientes nueve síntomas deben estar presentes cada día de dicho periodo de dos semanas, uno de los cuales necesita ser uno de los primeros dos: estado de ánimo depresivo, pérdida constante de interés o placer, ganancia o pérdida significativa de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de poca valía o culpa excesiva, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Si bien existe variación respecto del grado de debilitamiento que manifiestan quienes padecen un episodio depresivo mayor, debe haber ya sea una angustia significativa desde el punto de vista clínico o algún decremento en áreas sociales, ocupacionales u otras de funcionamiento cotidiano para declarar este diagnóstico. En casos extremos, el individuo no es capaz de procurarse el mínimo cuidado o higiene personal.

Por definición, un episodio depresivo mayor no es resultado de *a)* los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., abstinencia de alcohol o cocaína); *b)* los efectos secundarios de algún medicamento o tratamiento (p. ej., esteroides); o *c)* exposición a tóxicos.

Hay dos tipos predominantes de trastornos depresivos, que abarcan el *trastorno depresivo mayor* (TDM; presencia de uno o más episodios depresivos mayores) y el *trastorno distímico* (caracterizado por dos o más años de estado de ánimo depresivo consistente más otros síntomas depresivos, pero que no cumplen con los criterios del TDM). Éstos, además del diagnóstico del *trastorno depresivo no especificado*, constituyen la categoría general de la “depresión unipolar”, distinta de los diversos tipos de *trastorno bipolar*. La enfermedad bipolar implica episodios tanto depresivos como maníacos.

Hay variaciones entre los hallazgos de los estudios que se refieren al predominio del TDM. De acuerdo con el DSM-IV-TR, el riesgo de padecer TDM a lo largo de la vida en muestras poblacionales varió de 10 a 25% en mujeres y de 5 a 12% en varones. La encuesta epidemiológica más reciente en Estados Unidos revela una prevalencia de 4.9% de depresión mayor en curso y de 17% de depresión en algún momento de la vida en adultos de 15 a 54 años de edad (Kessler *et al.*, 1994).

La depresión se ubica en fechas más recientes como un trastorno muy recurrente (Nezu, Nezu, Trunzo, Sprague, 1998). Por ejemplo, más de 75% de pacientes deprimidos ha padecido más de un episodio depresivo, a menudo con una recaída dentro de los dos años siguientes de la recuperación de un episodio depresivo previo.

ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Un episodio depresivo mayor debe ser diferenciado de un *estado de ánimo depresivo causado por una enfermedad médica general*, en el que la perturbación del estado de ánimo es considerado como el resultado fisiológico directo de una enfermedad médica general, como una apoplejía o hipotiroidismo. Por ejemplo, una persona con cáncer o deficiencia cardíaca, para quien la evaluación y juicio clínicos determinen que la perturbación del estado de ánimo no se relaciona desde el punto de vista biológico con su condición médica, tiene más probabilidades de que reciba un diagnóstico de TDM (si el episodio dura dos semanas). Otras categorías de diagnóstico que deben diferenciarse del TDM son el *trastorno de estado de ánimo inducido por sustancias* (en el que la perturbación del estado de ánimo está vinculada etiológicamente al abuso de una sustancia, medicamento o toxina), los *trastornos bipolares* (que implican la presencia de síntomas maníacos), el *trastorno esquizoafectivo* (en el que los síntomas depresivos se consideran características relacionadas por la presencia de delirios o alucinaciones) y la *demencia* (en la que al-

gunos síntomas cognitivos de apariencia depresiva, como la desorientación y la dificultad para concentrarse, no se deben a una perturbación del estado de ánimo).

Debe observarse que un diagnóstico de TDM no sólo requiere la presencia de ciertos síntomas, sino también implica aspectos de gravedad, duración y efectos en el funcionamiento. Es preciso emplear estos criterios para determinar las diferencias entre el TDM y periodos ubicuos de tristeza.

ASPECTOS DE COMORBILIDAD

Los pacientes que experimentan un episodio depresivo mayor con frecuencia manifiestan síntomas adicionales, como ansiedad, fobias, preocupaciones sobre su salud física, pensamientos obsesivos, irritabilidad y quejas por malestares. La incidencia simultánea de trastornos de ansiedad parece tener un efecto negativo en el resultado del tratamiento para la depresión. Por ejemplo, Clayton y colaboradores (1991) notaron que los pacientes deprimidos con grados elevados de ansiedad necesitaron más tiempo para recuperarse. Los problemas maritales, ocupacionales, académicos y de abuso de sustancias por lo general están presentes junto con la depresión. La consecuencia más grave de un episodio depresivo mayor es el suicidio. Hasta 15% de los individuos con TDM mueren por suicidio; además, es factible que se observe una tasa más alta de muerte prematura como resultado de enfermedades médicas generales entre personas deprimidas. Por ejemplo, de acuerdo con el DSM-IV-TR, la evidencia epidemiológica sugiere que existen cuatro veces más muertes entre individuos con TDM de más de 55 años.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Además de las clasificaciones clínicas, existe una gran cantidad de cuestionarios autoaplicables para medir la gravedad de los síntomas depresivos (Nezu, Nezu, McClure, Zwick, 2002). En la bibliografía se incluyen los más frecuentes para uso general con adultos, así como varios que se han elaborado para poblaciones específicas (en Nezu, Ronan, Meadows, McClure, 2000, se presenta una panorámica de dichas mediciones).

Evaluaciones clínicas

- *Hamilton Rating Scale for Depression* (Hamilton, 1960; *Escala de Hamilton para la Depresión*). Escala de uso común de 17 puntos que evalúa la gravedad de los síntomas depresivos.

- *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (Endicott y Spitzer, 1978; *Inventario de Trastornos Afectivos y Esquizofrenias*). Proporciona medios para diagnosticar de manera diferencial la depresión.

Instrumentos autoaplicables

- *Beck Depression Inventory*, 2nd. ed. (Beck, Steer, Brown, 1996; *Inventario de Depresión de Beck*). El cuestionario autoaplicable más común para medir la gravedad de los síntomas de la depresión. La segunda revisión, que conserva los 21 puntos, se basa en los criterios del DSM-IV.
- *Carroll Depression Scale–Revised* (Carroll, 1998; *Escala de Depresión de Carroll-Revisada*). Escala de 61 puntos que evalúa la sintomatología depresiva de los días inmediatos anteriores.
- *Center for Epidemiological Studies Depression Scale* (Radloff, 1977; *Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos*). Escala autoaplicable de 20 puntos diseñada para el público en general.
- *Zung Depression Self-Rating Depression Scale* (Zung, 1965; *Escala de Depresión de Zung*). Escala autoaplicable de 20 puntos que determina la gravedad de la depresión en el momento de su llenado.

Poblaciones especiales

- *Geriatric Depression Scale* (Yesavage et al., 1983; *Escala de Depresión Geriátrica*). Reporte autoaplicable de 30 puntos que mide la depresión en adultos de más de 65 años de edad.
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (Zigmond y Snaith, 1983; *Escala de Ansiedad-Depresión en Hospital*). Escala autoaplicable de 14 puntos que registra tanto la depresión como la ansiedad en poblaciones médicas (no psiquiátricas) de consulta externa.
- *Visual Analog Mood Scales* (Stern, 1997; *Escala Análogo-Visual de los Estados de Ánimo*). Instrumento autoaplicable que contiene escalas visuales en las que los individuos con dificultades para efectuar tareas verbales (p. ej., pacientes neurológicos) trazan una marca en una línea que describe varias emociones (p. ej., tristeza, temor, confusión).

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Las principales metas de resultados finales son el mejoramiento del estado de ánimo negativo y de la pérdida de interés en actividades placenteras. Además, si la ideación suicida es significativa, el tratamiento debe concentrarse en disminuir tanto la ideación como los intentos activos. Si el estado de ánimo depresivo sostenido provocó un debilitamiento significativo del funcionamiento, las metas de resultados finales adicionales pueden abarcar el mejoramiento de las relaciones ocupacionales, académicas y sociales. También cabe considerar el intento de mejorar la salud física si el episodio depresivo ha tenido un efecto perjudicial en el bienestar físico general del paciente.

Principales metas de resultados finales/objetivos del tratamiento

- Disminuir el pensamiento disfuncional.
- Optimizar la capacidad de resolución de problemas.
- Incrementar las habilidades de autocontrol.
- Mejorar las tasas de reforzamiento positivo.
- Aumentar las habilidades sociales/interpersonales.

Meta 1: Disminuir el pensamiento disfuncional

El modelo cognitivo de depresión predominante es el que planteó Beck (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979; Clark, Beck, Alford, 1999) y que consta de tres elementos básicos: *a)* tríada cognitiva negativa, *b)* esquemas negativos y *c)* distorsiones cognitivas. La tríada cognitiva consiste en tres patrones de ideas y actitudes negativas que caracterizan a los individuos deprimidos, y abarca opiniones negativas de sí mismos, del mundo y del futuro. Los esquemas son patrones de pensamiento estables y duraderos que representan las generalizaciones de una persona acerca de experiencias pasadas. Operan para organizar la información pertinente para una situación en curso a partir de experiencias pasadas y determinar la manera como se percibe, almacena y después se recuerda la información. Los individuos propensos a la depresión tienden a responder a su ambiente de una manera rígida y negativa y, desde una perspectiva lógica, interpretan las experiencias nuevas de forma inexacta. Los errores cognitivos abarcan la inferencia arbitraria, abstracción selectiva, sobregeneralización, magnificación/minimización, personalización y pensamiento dicotómico.

Otro modelo cognitivo importante consiste en una revisión del modelo inicial de Seligman (1975) que se centra en la relación entre la desesperanza aprendida y la depresión, según el cual el pensamiento disfuncional —como las expectativas de una falta de control sobre los acontecimientos—, hipotéticamente precipita síntomas depresivos. La revisión, hoy en día denominada “teoría de la desesperanza” (Abramson *et al.*, 2002; Abramson, Metalsky, Alloy, 1989) sugiere que la expectación generalizada de que no se den los resultados muy deseados o de que se den los resultados muy indeseados y no poder cambiar esta situación, opera como una causa próxima suficiente de depresión.

Herramientas de evaluación específicas para la meta

- *Automatic Thoughts Questionnaire-Revised* (Kendall, Howard, Hays, 1989; *Cuestionario de Pensamientos Automáticos-Revisado*). Medición autoaplicable de declaraciones hacia uno mismo, tanto negativas como positivas relacionadas con la depresión (p. ej., “no valgo nada”).
- *Cognitive Triad Inventory* (Beckham, Leber, Watkins, Boyer, Cook, 1986; *Inventario de la Tríada Cognitiva*). Prueba autoaplicable que mide aspectos de la teoría cognitiva de la depresión de Beck (Beck *et al.*, 1979).
- *Dysfunctional Attitude Scale* (Weissman, Beck, 1978; *Escala de Actitudes Disfuncionales*). Medición autoaplicable de cogniciones disfuncionales relacionadas con la depresión.

Intervenciones potenciales específicas para la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.

Reestructuración cognitiva. Como conceptos, las variables cognitivas relacionadas con el trastorno se clasifican en tres niveles: *pensamientos automáticos negativos* (p. ej., “soy un fracaso”), *suposiciones distorsionadas o desadaptativas* (p. ej., “si pido un aumento, se van a reír de mí porque soy un estúpido”) y *autoesquemas disfuncionales* (“por lo general soy un inadaptable cuando se trata de relacionarme con la gente”). Las estrategias de intervención que contribuyen a disminuir estos factores cognitivos disfuncionales se basan en principios cognitivos reestructuradores. Desde un punto de vista conceptual, puede decirse que la reestructuración cognitiva es un término que abarca varias estrategias específicas de terapia: terapia emotivo-racional (p. ej., Ellis, 1994), cognitiva (Beck *et al.*, 1979) y el entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1977). Si bien hay diferencias entre estos tres planteamientos, todos implican ayudar al paciente a identificar

mejor y después alterar los pensamientos desadaptativos. La terapia cognitiva (TC) de Beck es tal vez la forma más reconocible y popular de tratamiento psicosocial para la depresión. Durante las décadas pasadas se ha aplicado una gran cantidad de estudios de resultados controlados que apoyan la eficacia de la TC. Muchos artículos destacan su eficacia relativa, el hecho de que resulta equiparable a los enfoques psicofarmacológicos y, en algunos casos, superioridad en comparación con otras terapias psicosociales en lo que se refiere a la depresión (Hollon, Haman, Brown, 2002).

Terapia de resolución de problemas. Un enfoque terapéutico relacionado con la TC es la terapia de resolución de problemas (TRP; D’Zurilla y Nezu, 1999; Nezu, en prensa), que se centra en aumentar la capacidad de afrontamiento del individuo al tratar situaciones estresantes. Parte de este enfoque implica cambiar los factores cognitivos que afectan de manera negativa en la *orientación del problema* o en la visión general de problemas y autoevaluación en relación con las habilidades propias para resolverlos (p. ej., creencias acerca de la razón por la que se presenta un problema, atribuciones sobre quién es responsable de que ocurra el problema en primer lugar, creencias de autoeficiencia). Un estudio de Nezu y Perri (1989) destacó la importancia de centrarse en el cambio de la orientación negativa del problema en adultos deprimidos al aplicar la TRP.

Meta 2: Mejorar la capacidad de resolución de problemas

Nezu y colaboradores sugieren que los déficits en la capacidad de resolución de problemas para afrontar los acontecimientos estresantes de la vida operan como un factor de vulnerabilidad depresogénico significativo (Nezu, 1987; Nezu *et al.*, 1989). Una variable importante de resolución de problemas relacionada con la depresión es la *orientación del problema* (es decir, el conjunto de respuestas generalizadas y orientadoras respecto de problemas cotidianos y de la capacidad propia de afrontarlos). Las puntuaciones de los estudios revelan una *orientación negativa* del problema (es decir, una que implica la tendencia a ver los problemas como amenazas a esperar que sean irresolubles, a dudar de la propia capacidad para resolverlos, y a sentir frustración y molestia al enfrentarlos) significativamente relacionada con la depresión (Nezu, en prensa; Nezu, Wilkins, Nezu, en prensa). Además, también se ha observado que las *habilidades de resolución de problemas* específicas (p. ej., comprender por qué una situación es un problema, fijarse metas realistas, generar opciones, tomar decisiones, valorar el resultado de un plan de solución) se relacionan de manera significativa con la depresión (Nezu, en prensa).

Herramientas de evaluación específicas para la meta

- Social Problem-Solving Inventory-Revised (D'Zurilla, Nezu, Maydeu-Olivares, 2002; Inventario de Solución de Problemas Sociales-Revisado): prueba autoaplicable de varios aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la resolución de problemas en la vida real (p. ej., variables de orientación del problema, habilidades específicas para resolver problemas, cómo definirlos, generar ideas de solución y tomar decisiones).
- Problem-Solving Inventory (Heppner, 1988; Inventario de Solución de Problemas): prueba autoaplicable en la que el mismo entrevistado evalúa la resolución de problemas.

Intervenciones potenciales específicas para la meta

- Terapia de resolución de problemas.

Terapia de resolución de problemas. La terapia de resolución de problemas (TRP) tiene cuatro metas generales: *a)* ayudar a los individuos deprimidos a identificar situaciones cotidianas previas y actuales que constituyan antecedentes de un episodio depresivo; *b)* minimizar el grado en el que los síntomas depresivos afectan de manera negativa los intentos de afrontamiento presentes y futuros; *c)* aumentar la eficacia de sus esfuerzos de resolución de problemas al afrontar problemas presentes en ese momento; y *d)* enseñar habilidades generales que les permitan abordar de modo más eficaz problemas futuros con el fin de evitar más episodios depresivos (Nezu *et al.*, 1989). Las investigaciones demuestran la eficacia de la TRP para la depresión en adultos (p. ej., Nezu, 1986; Nezu y Perri, 1989); adultos mayores (Arean *et al.*, 1993; Hussian y Lawrence, 1981); pacientes de cuidado intensivo (Mynors-Wallis, Gath, Lloyd-Thomas, Thomlinson, 1995); y pacientes adultos con cáncer (Nezu, Nezu, Felgoise, McClure, Houts, 2003).

Meta 3: Mejorar las habilidades de autocontrol

La concepción de la depresión de Rehm (1977) se basó en su origen en un modelo de autocontrol general que otorgaba la mayor importancia a la capacidad de un individuo para alcanzar metas mediante tres procesos secuenciales, a saber, automonitoreo, autoevaluación y autoreforzamiento. Rehm planteó que los individuos deprimidos manifiestan déficits en cada uno de estos procesos de autocontrol. Por ejemplo, Roth y Rehm (1980) compararon el automonitoreo en pacientes psiquiátricos deprimidos y no deprimidos, y descubrieron que cuando se les permitía elegir el tipo de retroalimentación (p. ej., respuestas correctas o

incorrectas), los pacientes deprimidos seleccionaban con más frecuencia la reorientación negativa, en tanto que aquellos no deprimidos elegían la positiva en una proporción mayor. Más aún, al comparar a los pacientes psiquiátricos deprimidos con los no deprimidos observaron que, si bien ambos grupos manifestaban desempeños equivalentes en actividades de memoria, los primeros se castigaban más a sí mismos y se recompensaban menos que quienes no sufrían de depresión (Rozensky, Rehm, Pry, Roth, 1977).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Self-Control Questionnaire* (Rehm et al., 1981; *Cuestionario de Autocontrol*). Medición autoaplicable de déficits relacionados con la depresión en el comportamiento de autocontrol.
- *Self-Control Schedule* (Rosenbaum, 1980; *Inventario de Autocontrol de Rosenbaum*). Medición autoaplicable de métodos de autocontrol para resolver problemas de conducta.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de autocontrol.
- Terapia de resolución de problemas.

Terapia de autocontrol. Es semejante a otros protocolos de orientación conductual, estructurada y cuenta con un tiempo límite; se centra en vencer los siguientes tres déficits: automonitoreo, autoevaluación y autoreforzo. Por ejemplo, se enseña a los pacientes a: *a)* mantener un registro diario de experiencias positivas y su estado de ánimo asociado; *b)* establecer metas específicas, explícitas y asequibles relacionadas con actividades positivas; y *c)* identificar reforzadores, así como a administrarse estas recompensas tras alcanzar una meta. Los estudios de Rehm y otros investigadores basados en este modelo de tratamiento demuestran la eficacia de la terapia de autocontrol para la depresión (p. ej., Fuchs, Rehm, 1977; Rehm, Fuchs, Roth, Kornblith, Romano, 1979; Roth, Bielski, Jones, Parker, Osborn, 1982).

Terapia de resolución de problemas (TRP). Los aspectos de la TRP se encaminan a ayudar a los individuos a que se fijen metas realistas cuando afronten problemas cotidianos estresantes. Además, enseña a los pacientes a comprometerse en una autogratificación adecuada cuando realizan esfuerzos explícitos para resolver problemas. Los estudios que valoran la TRP para la depresión revelan que, además de disminuir la depresión y aumentar la eficiencia para resolver problemas, también mejora las habilidades de autocontrol de los pacientes deprimidos (p. ej., Nezu, 1986).

Meta 4: Mejorar las tasas de refuerzo positivo

Lewinsohn (1974) concibió a la depresión dentro del marco de la teoría del aprendizaje y extendió formulaciones conductuales anteriores (Skinner, 1953) que destacaban la reducida frecuencia de la actividad en general como la principal característica que definía a este trastorno. Las afirmaciones teóricas que guiaron el trabajo de Lewinsohn son: *a*) que la depresión es una función del grado al que se mantiene el nivel de actividad del individuo mediante el refuerzo positivo; y *b*) que los déficits en diversas habilidades sociales desempeñan una función influyente sobre la determinación de la tasa de dicho refuerzo para la conducta de la persona. Así, por ejemplo, las investigaciones indican que las personas deprimidas manifiestan menos comportamientos interpersonales que las no deprimidas y generan una mínima recepción de refuerzo social (Gotlib y Robinson, 1982).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Frequency of Self-Reinforcement Questionnaire* (Heiby, 1983; *Cuestionario de Frecuencia del Autoreforzamiento*). Mide las creencias y actitudes respecto del autorreforzamiento.
- *Pleasant Events Schedule* (MacPhillamy y Lewinsohn, 1982; *Inventario de Eventos Placenteros*). Instrumento autoaplicable que mide la frecuencia y goce subjetivo de una amplia variedad de sucesos placenteros o reforzadores.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Curso para afrontar la depresión.
- Activación conductual.

Afrontamiento de la depresión. Con base en su formulación original, Lewinsohn y colaboradores elaboraron un protocolo de orientación conductual encaminado a modificar la calidad y cantidad de las interacciones de los pacientes deprimidos con su ambiente. Se enseña a los pacientes técnicas de relajación, automanejo cognitivo y habilidades para manejar el estrés, además de proporcionarles retroalimentación como medio de reducir la intensidad y frecuencia de sucesos aversivos, así como para incrementar su tasa de participación en actividades placenteras. Una revisión más reciente de este planteamiento conductual, el curso *Coping with Depression* (Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge, Teri, 1987; *Afrontamiento de la Depresión*), amplía sus técnicas de entrenamiento para abarcar cuatro áreas generales: entrenamiento de relajación, aumento de las

actividades placenteras, reestructuración cognitiva y mejora de las interacciones sociales. Los estudios de resultados controlados ofrecen apoyo para la eficacia de este programa en la reducción de la depresión (p. ej., Brown y Lewinsohn, 1984; Hoberman, Lewinsohn, Tilson, 1988).

Activación conductual. En un análisis que forma parte de la terapia cognitiva para la depresión, se observó que el componente de activación conductual generaba un cambio tan amplio como el tratamiento completo (Jacobson *et al.*, 1996). Este sorprendente hallazgo llevó al desarrollo de una versión más extensa basada en un análisis contextual (Jacobson, Martell, Dimidjian, 2001). La activación conductual se concentra en aumentar el comportamiento gratificante y productivo de un paciente deprimido. Se trata de un enfoque que combina la planeación de recompensas y actividades placenteras con el fin de alcanzar dicha meta.

Meta 5: Aumento de las habilidades sociales e interpersonales

Esta concepción de la depresión identifica a las habilidades sociales deficientes o desadaptativas como un factor relacionado, desde el punto de vista etiológico, con la depresión. En esencia, las habilidades sociales insuficientes o inadecuadas dan como resultado una capacidad limitada para obtener refuerzo positivo del ambiente social. Tal formulación forma parte del modelo que Lewinsohn describió antes, así como del de Coyne (1976); este último sugiere un sólido componente cíclico interpersonal en la depresión, según el cual la persona deprimida comienza el ciclo con quejas, lo que en un inicio genera un aumento del refuerzo social (palabras tranquilizadoras, empatía, atención). Sin embargo, las quejas continuas y el hecho de centrarse en sí misma hacen que los demás en el ambiente social de la persona la rechacen, lo que da por resultado una reducción del refuerzo y apoyo sociales, así como a una confirmación del autoconcepto negativo. Conforme aumentan las quejas, también crece la naturaleza aversiva de este comportamiento, lo que genera mayor rechazo por parte de quienes rodean a la persona deprimida.

Herramientas de evaluación específicas para la meta

- *Interpersonal Events Schedule* (Youngren, Zeiss, Lewinsohn, 1975; *Inventario de Eventos Interpersonales*). Mide las actividades y cogniciones interpersonales.
- *Social Adjustment Scale* (Paykel, Weissman, Prusoff, Tonks, 1971; *Escala de Ajuste Social*). Evalúa diversas dimensiones de funcionamiento y ajuste social e interpersonal.

Intervenciones potenciales específicas para la meta

- Entrenamiento en habilidades sociales.

Entrenamiento en habilidades sociales. Becker y sus colegas (Becker y Heimberg, 1985; Becker, Heimberg, Bellack, 1987) y Bellack, Hersen y sus colaboradores (Bellack, Hersen, Himmelhoch, 1981, 1983; Hersen, Bellack, Himmelhoch, Thase, 1984) elaboraron programas de tratamiento encaminados a mejorar las habilidades sociales de individuos deprimidos con el fin de disminuir su alteración emocional. En ellos, el hipotético mecanismo de acción se centró en torno a la capacidad de una persona para participar en las actividades que facilitarían la cantidad y calidad de las interacciones sociales con el fin de aumentar en última instancia el total de reforzamiento positivo contingente de respuesta (p. ej., Becker y Heimberg, 1985). Diversos estudios de resultados a cargo de estos investigadores demuestran la eficacia de este enfoque general para tratar la depresión.

McLean (1979) también consideraba a la depresión un resultado del afrontamiento y habilidades sociales ineficaces, y diseñó un programa de diez semanas que abarcaba entrenamiento en estas áreas (a saber, comunicación, productividad conductual, interacción social, asertividad, toma de decisiones, resolución de problemas, autocontrol cognitivo) como medios de desarrollar comportamientos prosociales y evitar recaídas. Una valoración de este planteamiento a cargo de McLean y Hakstian (1979) ofrece apoyo para su eficacia como enfoque de tratamiento para la depresión.

Metas adicionales de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre los objetivos del tratamiento adicionales se encuentran los siguientes.

- *Reducción de la ideación suicida.* Si bien no todos los pacientes deprimidos experimentan una ideación suicida significativa, el riesgo de suicidio se incrementa 50 veces en aquellos con un episodio en curso de depresión, comparados con la población general (Beutler *et al.*, 2000). De modo que resulta en extremo importante evaluar la presencia e intención de los pensamientos y creencias suicidas y, de estar presentes, priorizarlos como objetivos del tratamiento. Se ha observado que la terapia de resolución de problemas, al aumentar la capacidad del paciente para percibir e identificar opciones suicidas, es una aproximación efectiva (Lerner y Clum, 1990; Salkovskis, Atha, Storer, 1990).
- *Mejorar la relación marital.* Las investigaciones recientes revelan una fuerte relación entre la depresión y la angustia marital. Así, por ejemplo,

Weissman (1987) descubrió que la tasa de prevalencia de depresión mayor durante seis meses en una muestra comunitaria de mujeres que reportaban angustia marital era de 45.5%. Hoover y Fitzgerald (1981) informaron que tanto pacientes unipolares como bipolares informaron mayores conflictos en sus matrimonios que los controles no deprimidos. Un estudio de Gotlib y Whiffen (1989) reveló que entre una muestra de parejas en las que la esposa cumplía con los criterios diagnósticos de la depresión clínica, tanto maridos como mujeres notificaban mayor insatisfacción marital en comparación con un grupo de parejas control no deprimidas. Con base en estos hallazgos, varios equipos de investigación han valorado la eficacia de la terapia de conducta marital como tratamiento para la depresión. O'Leary y Beach (1990), por ejemplo, demostraron que la terapia de conducta marital era tan eficaz como la terapia cognitiva individual en un estudio de Jacobson, Dobson, Fruzzetti, Schmaling y Salusky (1991).

- *Mejorar la salud física general.* Como ya se apuntó, existe un aumento en la tasa de mortalidad a partir de las condiciones médicas generales entre individuos deprimidos. La depresión puede tener un significativo efecto negativo en la salud, tanto en lo conductual como en lo fisiológico. En ocasiones, por ejemplo, reduce la motivación para conservar un régimen médico que trate algún malestar médico concurrente o llega a tener un efecto en potencia patogénico sobre alguna enfermedad ya existente —tal es el caso de algún padecimiento coronario, en el que la depresión ha sido vinculada con un aumento del riesgo de muerte de 3.5 veces entre pacientes que sufren un infarto del miocardio (Krantz y McCeney, 2002).
- *Disminución de recaídas.* La depresión se concibe en gran medida como un trastorno recurrente en el que es alta la probabilidad de experimentar otro episodio depresivo (Nezu *et al.*, 1998). Con base en el tipo de vulnerabilidad relacionada con la depresión que un paciente parezca tener, quizá sea necesario agregar un componente de inoculación a un plan de tratamiento general con el fin de minimizar la probabilidad de futuras recaídas.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Aunque no hay una explicación que por sí misma satisfaga las diferencias significativas de las tasas de prevalencia de depresión entre hombres y mujeres, se han propuesto varias teorías biológicas, psicológicas y sociales (Nezu y Nezu, 1989). Nolen-Hoeksema (2002) observa lo siguiente: *a)* las mujeres pueden presentar

una mayor reactividad biológica al estrés que los hombres; *b*) al tener una orientación más interpersonal que los hombres, las mujeres suelen prestar mayor atención a las necesidades de los demás a costa de sí mismas; *c*) cuando se deprimen, las mujeres muestran una mayor tendencia, en comparación con los varones, a presentar pensamientos obsesivos, lo cual genera tasas más elevadas de pensamientos negativos y un afrontamiento menos eficaz de los problemas asociados con su depresión; y *d*) las mujeres en ocasiones son más vulnerables a la depresión a causa de una mayor tasa de estresores agudos y crónicos.

De modo similar, Nezu y Nezu (1987; Nezu, Nezu, Petersen, 1989) sugieren que la diferencia de las tasas de prevalencia entre hombres y mujeres es más una función de *roles sexuales* que del género en sí mismo. De manera más específica, observan que la dimensión del rol sexual de la *masculinidad* (definido sobre todo a partir de un estilo activo de afrontar los problemas), *al margen* del género en sí, incidía más en la varianza de las predicciones de depresión que el género mismo. Con estas explicaciones potenciales, el profesional que practica la terapia cognitivo-conductual (TCC) debe considerar las hipótesis anteriores cuando trabaje con una paciente, a fin de determinar si existen vulnerabilidades ideográficas.

Las variaciones culturales cuando se experimenta la depresión (o cualquier trastorno) tienen el inconveniente constante de la noción de que la misma definición de un trastorno como la depresión está impregnada de suposiciones propias de la cultura occidental. Considere por ejemplo lo siguiente: las tasas de depresión tienden a ser más bajas en las culturas asiáticas que en las occidentales; el significado de depresión y salud mental en general difiere según los antecedentes culturales; las tasas de comorbilidad de otros trastornos con la depresión son diferentes en diversas culturas, además de que los factores demográficos de riesgo también varían según la cultura (Tsai y Chentsova-Dutton, 2002). Así, es razonable que el terapeuta que aplica la TCC observe todo síntoma del paciente sin perder de vista la influencia potencial de factores sociales/étnicos/culturales e intente vencer los prejuicios que pudiesen limitar esta apreciación.

Por último, en un plan de tratamiento general, es necesario evaluar y cuantificar los trastornos comórbidos. La depresión posee una significativa comorbilidad con muchos trastornos de ansiedad, abuso de sustancias y diversos malestares médicos. Existe, asimismo, una elevada incidencia conjunta con varios trastornos de personalidad.

REFERENCIAS

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B. L., Haefel, G. J., MacCoon, D. G., Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in a self-

- regulatory and psychobiological context. In: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 268-294). New York: Guilford Press.
- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed., text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Arean, P. A., Perri, M. G., Nezu, A. M., Schein, R. L. Christopher, F., Joseph, T. X. (1993). Comparative effectiveness of social problem-solving therapy and reminiscence therapy as treatments for depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1003-1010.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.
- Becker, R. E., Heimberg, R. G. (1985). Social skills training approaches. In: M. Hersen, A. S. Bellack (Eds.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults* (pp. 201-226). New York: Plenum Press.
- Becker, R. E., Heimberg, R. G., Bellack, A. S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. New York: Pergamon Press.
- Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. T., Boyer, J. L., Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The Cognitive Triad Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 566-567.
- Bellack, A. S., Hersen, M., Himmelhoch, J. (1981). Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 138, 1562-1567.
- Bellack, A. S., Hersen, M., Himmelhoch, J. (1983). A comparison of social skills training, pharmacotherapy, and psychotherapy for depression. *Behavior Research and Therapy*, 21, 101-107.
- Brown, R. A., Lewinsohn, P. M. (1984). A psychoeducational approach to the treatment of depression: Comparison of group, individual, and minimal contact procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 774-783.
- Carroll, B. (1998). *Carroll Depression Scales-Revised (CDS-R): Technical manual*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Clark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A. (1999). *Cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clayton, P. F., Grove, W. M., Coryell, W., Keller, M. B., Clayton, P. J., Hirschfeld, R. M. A. et al. (1991). Follow-up and family study of anxious depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1512-1517.

- Coyne, J. C., (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, 39, 28-40.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., Maydeu-Olivares (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R): Manual*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (Rev. ed.). New York: Birch Lane Press.
- Endicott, J., Spitzer, R. L. (1978). A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Fuchs, C. Z., Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E. (1989). Stress, coping, and marital satisfaction in couples with a depressed wife. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 21, 401-418.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Heiby, E. M. (1983). Assessment of frequency of self-reinforcement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1304-1307.
- Heppner, P. P. (1988). *The Problem-Solving Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M., Thase, M. E. (1984). Effects of social skills training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. S., Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398.
- Hollon, S. D., Haman, K. L., Brown, L. L. (2002). Cognitive-behavioral treatment of depression. In: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 383-403). New York: Guilford Press.
- Hoover, C. F., Fitzgerald, R. G. (1981). Marital conflict of maniac-depressive patients, *Archives of General Psychiatry*, 38, 65-67.
- Hussian, R. A., Lawrence, P. S. (1981). Social reinforcement of activity and problem-solving training in the treatment of depressed institutionalized elderly patients. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 57-69.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B., Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.

- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K. *et al.* (1996). A component analysis of cognitive-behavior treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C., Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *8*, 255-270.
- Kendall, P. C., Howard, B. L., Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 583-598.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. *et al.* (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 8-19.
- Krantz, D. S., McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: A critical assessment of research on coronary heart disease. In: S. T. Fiske, D. L. Schacter, C. Zahn-Waxler (Eds.). *Annual Review of Psychology*, *53*, 341-604.
- Lerner, M. S., Clum, G. A. (1990). Treatment of suicide ideators: A problem-solving approach. *Behavior Therapy*, *21*, 403-411.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In: R. J. Friedman, M. M. Katz (Eds.). *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J., Teri, L. (1987). *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, Oregon: Castaglia.
- MacPhillamy, D. J., Lewinsohn, P. M. (1982). The Pleasant Events Schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *50*, 363-380.
- McLean, P. (1979) Therapeutic decision making of depression. In: P. O. Davidson (Ed.) *The Behavioral Management of Anxiety Depression and Pain* (pp. 54-89). New York: Brunner-Mazel
- McLean, P. D., Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 818-836.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Mynors-Wallis, L. M., Gath, D. H., Lloyd-Thomas, A. R., Tomlinson, D. (1995). Randomised controlled trial comparing problem solving treatment with amitriptyline and placebo for major depression in primary care. *British Medical Journal*, *310*, 441-445.
- Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*, 196-202.

- Nezu, A. M. (1987). A problem-solving formulation of depression: A literature review and proposal of a pluralistic model. *Clinical Psychology Review*, 7, 122-144.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (1987). Psychological distress, problem solving, and coping reactions: Sex-rol differences. *Sex Roles*, 16, 205-214.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. (1989). Cognitive-behavioral formulations of depression and gender prevalence rates: Integration or expulsion? *Canadian Psychologist*, 30, 61-62.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Felgoise, S. H., McClure, K. S., Houts, P. S. (2003). Project Genesis: Assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1036-1048.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., McClure, K. S., Zwick, M. L. (2002). Assessment of depression. In: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 61-85). New York: Guilford.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Peterson, M. A. (1986). Negative life stress, social support, and depressive symptoms: Sex roles as a moderator variable. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1, 599-609.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Trunzo, J. J., Sprague, K. S. (1998). Treatment maintenance for unipolar depression: Relevant issues, literature review, and recommendations for research and clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 496-512.
- Nezu, A. M., Perri, M. G. (1989). Problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 408-413.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., McClure, K. S. (Eds.). (2000). *Practitioner's guide to empirically based measures of depression*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Nezu, A. M., Wilkins, V. M., Nezu, C. M. (en prensa). Social problem solving, stress, and negative affective conditions. In: E. C. Chang, T. J. D'Zurilla, L. J. Sanna (Eds.). *Social problem solving: Theory, research, and training*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Nolen-Hoeksema, S. (2002). Gender differences in depression. In: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 392-509). New York: Guilford.
- O'Leary, K. D., Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression. *American Journal of Psychiatry*, 147, 183-186.

- Paykel, E. S., Weissman, M., Prusoff, B. A., Tonks C. M. (1971). Dimensions of social adjustment in depressed women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 152, 158-172.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Rehm, L. P., Fuchs, C. Z., Roth, D. M., Kornblith, S. J., Romano, J. M. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatments of depression. *Behavior Therapy*, 10, 429-442.
- Rehm, L. P., Kornblith, S. J., O'Hara, M. W., Lamparski, D. M., Romano, J. M., Volkin, J. I. (1981). An evaluation of major components of a self-control therapy program for depression. *Behavior Modification*, 5, 459-489.
- Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behavior Therapy*, 11, 109-121.
- Roth, D., Bielski, R., Jones, J., Parker, W., Osborn, G. (1982). A comparison of self-control therapy and combined self-control therapy and antidepressant medication in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 13, 133-144.
- Roth, D., Rehm, L. P. (1980). Relationships between self-monitoring processes, memory and depression. *Psychological Reports*, 47, 3-7.
- Rozensky, R. H., Rehm, L. P., Pry, G., Roth, G. (1977). Depression and self-reinforcement behavior in hospitalized patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 31-34.
- Salkovskis, P. M., Atha, C., Storer, D. (1990). Cognitive-behavioural problem solving in the treatment of patients who repeatedly attempt suicide: A controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 157, 871-876.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Skinner, B. F. (1953). *The science of human behavior*. New York: Free Press.
- Stern, R. A. (1997). *Visual Analogue Mood Scales: Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Tsai, J. L., Chentsova-Dutton, Y. (2002). Understanding depression across cultures. In: I. H. Gotlib, C. L. Hammen (Eds.). *Handbook of depression* (pp. 467-491). New York: Guilford.
- Weissman, A. N., Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Documento presentado en la reunión de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago.
- Weissman, M. M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: Rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 77, 445-451.

- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Audrey, M. *et al.* (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Youngren, M. A., Zeiss, A., Lewinsohn, P. M. (1975). *Interpersonal events schedule*. Eugene: University of Oregon.
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.
- Zung, W. W. K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

Fobias específicas

DESCRIPCIÓN Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

Las fobias específicas se definen en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), como un temor significativo y duradero, excesivo o irracional, guiado por la presencia o anticipación reales de un objeto o situación específicos. La exposición al estímulo fóbico o pensar en el estímulo provoca casi siempre una respuesta inmediata de ansiedad. Un diagnóstico de fobia específica requiere que la persona reconozca que el temor es excesivo o irracional. La situación fóbica por lo general se evita, pero puede ser tolerada con angustia intensa. Esta evasión o angustia interfiere con las actividades rutinarias, laborales (o académicas), funcionales y sociales normales del individuo.

Respecto de una fobia específica, la ansiedad a menudo se intensifica conforme se aproxima la situación temida. La respuesta de ansiedad se caracteriza por elementos fisiológicos (taquicardia, sudoración, falta de aliento), cognitivos (temores catastróficos) o conductuales (evasión). Como se analizará más adelante en este capítulo, la reacción fisiológica de las fobias de sangre/inyección/daño (SID) difieren de otras en que pueden implicar bradicardia y síncope.

Si bien los temores asociados con situaciones específicas son comunes en la población general, pocas veces provocan perjuicio o angustia suficientes para diagnosticar una fobia específica. Por ejemplo, aunque al menos 20% de la población estadounidense reporta un temor excesivo a viajar en avión, sólo 10% presenta la fobia real al respecto. Las tasas generales de prevalencia de fobia

específica en muestras comunitarias van de 4.5 a 11.8%, con tasas de prevalencia a lo largo de la vida de 10 a 11.3%; los varones representan el extremo inferior de este rango, y las mujeres, el superior.

El DSM-IV-TR distingue varios tipos de fobia específica en las siguientes categorías (de la más a la menos frecuente):

- Situacional (aviones, elevadores, lugares cerrados).
- Ambiental (lugares elevados, tormentas, agua).
- De sangre/inyección/daño (ver sangre, recibir una inyección).
- Animales (insectos y animales).
- Otros tipos (p. ej., evasión fóbica de situaciones que pudiesen originar ahogamiento, vómito o alguna enfermedad).

ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Mientras que los trastornos de ansiedad comparten algunas características (como ansiedad o evasión), se efectúa un diagnóstico diferencial de acuerdo con el temor específico. Por ejemplo, en contraste con la fobia específica, la fobia social se caracteriza por temor a experimentar vergüenza o humillación en situaciones o ámbitos sociales. A diferencia del *trastorno obsesivo-compulsivo*, las personas con fobias no se obsesionan con sus temores ni adoptan comportamientos compulsivos como medio de aliviar su ansiedad. En el *trastorno por estrés postraumático*, la evasión de estímulos se asocia con un estresor grave. Contrario a la fobia específica, en la cual la ansiedad se guía por un estímulo determinado, la *agorafobia* implica una ansiedad por quedar atrapado en una amplia variedad de sitios o situaciones que puedan representar dificultades o vergüenza, o desencadenar una crisis de angustia. Por último, si bien la fobia específica puede incluir crisis de angustia más o menos relacionadas con una situación determinada¹ y crisis de angustia situacionales,² el *trastorno de angustia* se caracteriza por temor a crisis de angustia inesperadas. Los adultos con una fobia específica reconocen que la fobia es excesiva o irracional. En cambio, el *trastorno delirante* se caracteriza por la ausencia de esta certeza. Los temores a padecer enfermedades específicas como cáncer, enfermedades cardíacas o infecciones venéreas se clasifican con el diagnóstico de *hipocondría*, a menos que se relacionen con situaciones específicas en las que efectivamente exista la posibilidad de contraer la enfermedad. Por último, el diagnóstico de fobia específica no está garantizado si el temor es razonable, considerando el contexto del estímulo (p. ej., temor de recibir un disparo en un vecindario peligroso).

¹ N. del Ed.: Se refiere a crisis de angustia que más probablemente ocurrirán en situaciones específicas (aunque no necesariamente aparecerán siempre en dicho contexto).

² N. del Ed.: Se trata de crisis de angustia que se presentan de manera casi invariable en ciertos contextos.

Aspectos de comorbilidad

A diferencia de individuos con otros trastornos de ansiedad, quienes padecen una fobia específica principal no corren un riesgo significativamente elevado de recibir más diagnósticos psiquiátricos, salvo alguna otra fobia específica. La posibilidad de tener más de una fuente de temor que cumpla los criterios de la fobia específica va de 20 a 75%. Sufrir una fobia de un subtipo específico tiende a incrementar la probabilidad de adquirir otra fobia del mismo subtipo (p. ej., temor a los aviones y a los elevadores). Si está presente otro diagnóstico, a menudo se trata de un trastorno adicional de ansiedad (p. ej., fobia social) o un trastorno del estado de ánimo. En cambio, la fobia específica con frecuencia es un diagnóstico secundario de individuos con otros trastornos de ansiedad primarios, como se aprecia en 32% de los pacientes con trastornos de ansiedad.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Además de una extensa evaluación de la ansiedad y los temores, hay diversas medidas autoaplicables que evalúan distintos tipos de fobias específicas. La obra de Antony, Orsillo y Roemer (2001) es recomendable si el lector desea consultar una reseña de dichos instrumentos de evaluación.

Evaluaciones clínicas

- *Anxiety Disorders Interview Schedule for DMS-IV: Lifetime Version* (DiNardo, Brown, Barlow, 1994; *Entrevista Estructurada para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV: Versión a lo largo de la Vida*). Evalúa diagnósticos DSM-IV de ansiedad, estado de ánimo y consumo de sustancias en el momento y durante otras épocas de la vida del paciente.

Instrumentos autoaplicables

Generales

- *Fear Survey Schedule* (Greer, 1965; Wolpe, Lang, 1964; *Entrevista Estructurada para Evaluación del Miedo*). Lista distintos objetos y situaciones que pueden provocar temores.
- *Initial Fear Evaluation for Patients* (Leahy, Holland, 2000; *Valoración Inicial de Temores para pacientes*). Evalúa la cantidad de temor asociada con diversas situaciones.

Fobia situacional

- *Acrophobia Questionnaire* (Cohen, 1977; *Cuestionario de Acrofobia*). Evalúa la gravedad de la ansiedad y de la evitación de situaciones relacionadas con lugares elevados.
- *Claustrophobia Questionnaire* (Radomsky, Rachman, Thodarson, McIsaac, Teachman, 2001; *Cuestionario de Claustrofobia*). Valora la claustrofobia y el temor asociado de sofocación y de restricción.
- *Fear of Flying Scale* (Haug et al., 1987; *Escala de Temor a Viajar en Avión*). Evalúa diversos aspectos de este temor.

Fobia dental

- *Dental Anxiety Inventory* (Stouthard, Mellenbergh, Hoogstraten, 1993; *Inventario de Ansiedad Dental*). Mide el grado en que un individuo está de acuerdo con declaraciones relacionadas con la ansiedad dental y la gravedad de la misma.

Fobia de sangre/inyección/herida

- *Medical Fear Survey* (Kleinknecht, Thorndike, Walls, 1996; *Encuesta de Temores Médicos*). Mide la gravedad de los temores de índole médica mediante distintas subescalas: imágenes de inyecciones y sangre, objetos punzocortantes, exámenes médicos y síntomas como señales de enfermedad y mutilación.

Fobia animal

- *Fear of Spiders Questionnaire* (Szymanski, O'Donohue, 1995; *Cuestionario de Temor a las Arañas*). Evalúa la gravedad de los temores asociados con las arañas.

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

La reducción del temor es la meta final al tratar fobias específicas. Otras metas finales se centran en aumentar el funcionamiento que pudiese verse afectado

por las reacciones fóbicas. Entre estos objetivos quizá se encuentre mejorar las actividades laborales, académicas y sociales que se deterioraron por la fobia. Más aún, para pacientes cuya fobia les impedía obtener una buena atención médica o dental, es deseable alcanzar una mejoría de su salud física. Por último, debido a que los individuos con una fobia específica a menudo desarrollan conductas desadaptativas para afrontar sus temores (como abusar del alcohol), el tratamiento tal vez incluya el fortalecimiento de sus habilidades de afrontamiento adaptativo.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre este tipo de objetivos se cuentan:

- Disminuir la activación fisiológica elevada.
- Reducir las reacciones vasovagales.
- Mitigar las ideas disfuncionales.

Meta 1: Disminuir la activación fisiológica elevada

Como en todo trastorno de ansiedad, un sello distintivo de las fobias específicas es la activación fisiológica, misma que incluye una serie de respuestas nerviosas simpáticas, como aumento del ritmo cardiaco, sudoración y tensión muscular, en respuesta al estímulo temido. Estas respuestas por lo general se mantienen con comportamientos de evasión o escape. De manera específica, los individuos evitan el estímulo temido o escapan de él cuando la activación fisiológica se torna insoportable, con lo que se refuerza negativamente su conducta tras alcanzar la reducción de angustia resultante. Más aún, estas reacciones conductuales impiden comprobar el desarrollo de hipótesis alternas (p. ej., averiguar si el contacto con el estímulo temido *no* provoca las consecuencias temidas).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Subjective Units of Distress Scale (SUDS; Escala de Unidades Subjetivas de Angustia)*. Mide el grado autoinformado del paciente respecto de su angustia fisiológica o psicológica, por lo general en una escala de 0 (no angustiado en absoluto) a 100 (la mayor angustia que ha sentido nunca).
- *Behavioral Avoidance Test (BAT; Prueba de Evitación Conductual)*. Jerarquía de estímulos evitados ajustada al paciente, se aplica junto con la SUDS.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de exposición.
- Inundación.
- Relajación aplicada.

Terapia de exposición. La terapia de exposición pretende extinguir las respuestas condicionadas al temor a estímulos relevantes. Esto se basa en la concepción de que las fobias específicas se mantienen en parte por la evitación de los estímulos que generan la ansiedad (p. ej., lugares altos, espacios cerrados, sangre) y el reforzamiento negativo que tiene lugar como consecuencia de evitar dichos estímulos. En la terapia de exposición, los pacientes desarrollan un temor jerarquizado de situaciones progresivamente angustiantes y después se les expone a esas situaciones de manera sistemática. La exposición puede ser imaginaria o real; mientras que la primera es a menudo más fácil de aplicar, existe la tendencia al consenso de que la segunda tiene mejores resultados en lo referente a la habituación.

La terapia de exposición quizá esté precedida por el modelamiento, el cual implica la observación por parte del paciente de cómo el terapeuta afronta el estímulo temido *sin* manifestar comportamientos de evitación o escape. Si bien el modelamiento puede ayudar a reducir un poco la ansiedad y mejorar la eficiencia del paciente en su exposición, parece que por sí solo no resulta ser un tratamiento aislado eficaz (Goettestam, 2002). Sin embargo, si se aplica junto con la exposición directa, contribuye a disminuir la duración del tratamiento. De modo que, si se emplea, el modelamiento debe dar paso rápido a la exposición directa del paciente al estímulo temido.

En general, los expertos tienden a coincidir en que la terapia de exposición es el primer tratamiento que debe aplicarse para las fobias específicas. Está demostrado que aplicar tratamientos específicos a síntomas por igual específicos (p. ej., reestructuración cognitiva para creencias disfuncionales, relajación para activación fisiológica) es menos eficaz que la terapia de exposición en lo referente a respuestas cognitivas, conductuales y fisiológicas (Menzies, Clarke, 1995).

Se ha descubierto que la exposición real es eficaz en tratamientos tanto de una sesión como de múltiples sesiones extendidas y espaciadas. La intervención de una sesión, también conocida como *exposición concentrada*, supone la exposición durante una sesión que dure dos o tres veces más que lo normal. Öst y sus colegas descubrieron que una sesión concentrada es tan eficaz como cinco sesiones de exposición al tratar diversas fobias específicas (p. ej., fobia a viajar en avión; Öst, Brandberg, Alm, 1997). Sin embargo, quizá no sean tan beneficiosos los resultados a largo plazo de la práctica concentrada; por ejemplo, para personas

con fobia a las arañas, la exposición extendida y espaciada de más de cuatro sesiones dio por resultado menos recaídas y una mayor generalización a arañas nuevas en comparación con una sesión de exposición concentrada (Rowe, Craske, 1998).

Se han aprovechado los avances tecnológicos en el tratamiento de exposición para fobias específicas. Por ejemplo, la *realidad virtual* (RV) permite una participación activa en un mundo virtual tridimensional generado por computadora, el cual incorpora diversos estímulos sensoriales, de movimiento y ambientales a fin de intensificar la autenticidad de la experiencia. La RV ofrece una terapia de exposición dentro del consultorio del terapeuta, lo que ahorra tiempo y dinero; además, permite un mayor control sobre el estímulo. Los estudios demuestran que la eficacia de la exposición virtual es equivalente a la de la real (p. ej., Emmelkamp *et al.*, 2002).

Una desventaja de la terapia de exposición es que tal vez no sea eficaz para todos los pacientes. Una razón de esto quizá radique en la práctica de comportamientos de seguridad durante la intervención, por ejemplo, los pacientes a veces contienen el aliento, buscan algo en el entorno que los tranquilice o se sujetan de una mesa para evitar marearse. Es importante que el individuo evite estos comportamientos de seguridad a fin de que se alcance una habituación óptima.

Inundación. La inundación es una técnica de reducción de ansiedad semejante a la exposición; sin embargo, en lugar de un encuentro gradual con el estímulo temido —como sucede en la exposición—, la inundación implica una exposición repetida a los estímulos identificados como los que más teme el paciente. Dado que la inundación fomenta la habituación, el terapeuta debe tener cuidado al aplicar esta intervención intensiva y asegurarse de que el paciente cuenta con una preparación adecuada. Parecida a otros enfoques de tratamiento basados en la exposición, cada sesión tiene lugar hasta que la ansiedad subjetiva del paciente (p. ej., SUDS) regrese al grado del punto de partida o a otros criterios adecuados para que ocurra una extinción significativa.

Relajación aplicada. La relajación aplicada supone una serie de habilidades de relajación aprendidas al enfrentar una situación angustiante. Entre ellas se cuentan la respiración diafragmática, relajación muscular progresiva, visualización y entrenamiento autogénico. Una vez dominadas estas habilidades en ambientes controlados (p. ej., el consultorio del terapeuta o una habitación apacible en casa), los pacientes las aplican en situaciones reales en las que exista un afrontamiento con los estímulos temidos. Se ha demostrado que la relajación aplicada reduce de manera significativa la activación en fobias específicas (Öst, Sterner, Fellenius, 1989).

La desensibilización sistemática combina la relajación con una exposición imaginaria gradual. Se ha comprobado que esta intervención es eficaz en el

tratamiento de algunas fobias (p. ej., a viajar en avión; Capafons, Sosa, Avero, 2001). Un estudio (Ventis, Higbee, Murdock, 2001) descubrió que la desensibilización con humor, o asociación del humor (más que la relajación) con el estímulo temido, es eficaz como desensibilización sistemática tradicional en el tratamiento de fobia a las arañas.

Meta 2: Disminuir las reacciones vasovagales

A diferencia de otras fobias específicas, las reacciones a las fobias de sangre/inyección/daño (SID) a menudo provocan reacciones *vasovagales* (p. ej., síncope, una breve pérdida de conciencia, y bradicardia, fibrilación auricular). No se conoce la razón de esta reacción fóbica única; sin embargo, hay evidencia de que la SID referente a inyecciones se relaciona más con el temor, mientras que el desvanecimiento se vincula con el desagrado y ocurre en función de la sangre (Schienle, Stark, Walter, Vaitl, 2003). Al tratar las fobias de SIH, es importante explicar a los pacientes que el desvanecimiento ocurre como respuesta a la baja presión arterial. En consecuencia, el tratamiento para la SIH abarca técnicas que aumenten la presión arterial para evitar la respuesta de desvanecimiento (p. ej., tensión aplicada).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Blood-Injection Symptom Scale* (Page, Bennett, Carter, Smith, Woodmore, 1997; *Escala de Síntomas Sangre-Inyección*). Evalúa la ansiedad, tensión y desvanecimiento a causa de sangre e inyecciones.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de exposición.
- Tensión aplicada.
- Control respiratorio.

Terapia de exposición. Se ha descubierto que las intervenciones basadas en la exposición son eficaces para las fobias a la sangre (Öst, Lindahl, Sterner, Jerremalm, 1984), pero deben incluir sugerencias respecto a mutilaciones corporales, pérdida de control y temores a la muerte.

Tensión aplicada. La tensión aplicada implica hacer que los pacientes tensen de manera repetida sus principales grupos musculares en un intento por *aumentar* la presión arterial y, así, impedir las reacciones vasovagales. Se enseña a los pacientes esta habilidad primero en un ambiente tranquilo y después se les

indica que la apliquen durante la exposición al estímulo referente a sangre, inyección o herida. Algunas investigaciones señalan que la tensión aplicada es más eficaz que la exposición sin otra técnica asociada (Öst, Fellenius, Sterner, 1991), en la que una sola sesión concentrada es por igual eficaz que una intervención de cinco sesiones (Hellstroem, Fellenius, Öst, 1996).

Otro planteamiento de la tensión aplicada supone inducir un estado de ira. Se ha demostrado que los pacientes que visualizan imágenes para provocarse ira reducen los desvanecimientos (Marks, 1988).

Control respiratorio. En un intento de reducir la hiperventilación que contribuye a las reacciones vasovagales, la respiración controlada puede ser benéfica para algunos pacientes. Esta técnica consiste sólo en supervisar y regular el ritmo de las respiraciones (es decir, alargar las respiraciones inferiores) y su profundidad (es decir, respiración moderada, evitar la inhalación tanto superficial como la profunda en exceso) (Foulds, 1993). Es semejante a la respiración profunda.

Meta 3: Disminuir las ideas disfuncionales

También se ha descubierto que las cogniciones disfuncionales se relacionan de manera causal con las fobias específicas. Las distorsiones pueden ser resultado de esquemas de fobias específicas que refuercen la naturaleza peligrosa percibida de los estímulos temidos. Las distorsiones cognitivas quizá sean ciertas informaciones con prejuicios (p. ej., atención selectiva y memoria prejuiciada), y exageración de la amenaza y de la probabilidad de peligro. Lo que resulta importante evaluar es el *significado* específico que el paciente adjudica a los estímulos fóbicos, así como la experiencia subsecuente de la ansiedad (p. ej., “me va a dar un infarto si me acerco al agua”). A menudo el individuo no busca ni registra la evidencia de qué tan erróneas son tales ideas. Los pensamientos distorsionados, incluso los catastróficos relacionados con las consecuencias de entrar en contacto con un estímulo temido, fomentan el temor y la evasión. De acuerdo con un modelo cognitivo de las fobias, las experiencias de aprendizaje tempranas tienden a generar creencias específicas acerca de los estímulos temidos que originan una atención, valoración y estrategias de afrontamiento selectivas respecto de los estímulos temidos (Beck, Emery, Greenberg, 1985).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Dental Cognitions Questionnaire* (de Jongh, Muris Schoenmakers, ter Horst, 1995; *Cuestionario de Cogniciones Dentales*). Evalúa la frecuencia y convicción de las cogniciones negativas referentes a tratamientos dentales.
- *Mutilation Questionnaire* (Klorman, Hastings, Weerts, Melamed, Lang,

1974; *Cuestionario de Mutilación*). Mide las cogniciones relacionadas con la sangre, heridas y mutilaciones.

- *Spider Phobia Beliefs Questionnaire* (Arntz, Lavy, Van den Berg, Van Rijsoort, 1993; *Cuestionario de Creencias acerca de la Fobia a las Arañas*). Evalúa las creencias de temor acerca de las arañas.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Análisis costo-beneficio.
- Imágenes positivas guiadas.

Reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva ayuda a alterar las ideas disfuncionales relacionadas con una fobia específica. Con la reestructuración cognitiva los pacientes aprenden a elaborar interpretaciones alternas referentes, por ejemplo, a las consecuencias de afrontar un estímulo temido (p. ej., temor de “volverse loco” frente a una araña). Una técnica específica que puede ser útil es hacer que el paciente identifique la *probabilidad* del suceso temido y no que tan solo piense que es *posible*. Más aún, a los pacientes se les advierte que deben esperar un poco de ansiedad y se les recomienda que adopten una creencia con la que puedan manejarla. Las autoafirmaciones positivas para modificar pensamientos automáticos negativos también aumentan la eficiencia del individuo y su participación en otras intervenciones de TCC.

La reestructuración cognitiva disminuye el temor y angustia asociados con fobias específicas (Booth, Rachman, 1992). Sin embargo, debido a que las distorsiones cognitivas pueden impedir la participación óptima del paciente en otras intervenciones de TCC, la reestructuración cognitiva que pretende cambiar sus pensamientos desadaptativos también es un agregado importante para otros tratamientos, como el de exposición. Alterar la *percepción* de la amenaza quizá sea un ingrediente esencial para una TCC eficaz.

Análisis costo-beneficio. En un intento por abordar los pensamientos disfuncionales acerca del peligro y vulnerabilidad relacionados con la fobia, se promueve que los pacientes realicen un análisis costo-beneficio de sus creencias y comportamientos resultantes. Aquí, el paciente identifica un pensamiento que confirma el esquema (p. ej., “los elevadores se pueden caer, así que no debo usarlos”); acto seguido, determina los costos de este pensamiento (p. ej., “estoy muy limitado en los lugares donde trabajo y vivo”), así como sus beneficios (p. ej., “me puedo salvar si me caigo en un elevador”). Además, se le pide que identifique las consecuencias de *no* acatar este pensamiento. Al elaborar esta discrepancia, los individuos son capaces de comprender mejor el perjuicio que les causa su fobia, lo que motiva el cambio de su pensamiento y comportamientos.

Imágenes positivas guiadas. Las distorsiones cognitivas y los esquemas fóbicos provocan una percepción disminuida del control o de la habilidad para afrontar estímulos. Las imágenes positivas guiadas ayudan al paciente a combatir los pensamientos disfuncionales, así como a elaborar una perspectiva alterna hacia el estímulo temido. En la inducción, el terapeuta ofrece imágenes vívidas del paciente enfrentando con éxito el estímulo temido. De manera alterna, si tal confrontación causa demasiada angustia, la inducción entonces toma como base una ocasión *posterior* al momento en que el paciente enfrentó su temor con éxito. Se guía al paciente por sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, así como por las reacciones de sus allegados. Esto se asemeja al planteamiento que postulan Nezu y colaboradores (p. ej., Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, Houts, 1998) respecto de la visualización para que los individuos afronten de modo más eficaz sus problemas estresantes.

Metas adicionales de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre los objetivos secundarios del tratamiento para fobias específicas se encuentran:

- *Mejorar la salud médica.* Algunas fobias (p. ej., las de inyección o dentales) originan ciertos riesgos para la salud debido a la evasión de los estímulos temidos, lo que provoca una reducción de atención médica. Por ejemplo, se ha informado que los pacientes con fobia a las inyecciones que padecen esclerosis múltiple no son capaces de aplicarse las inyecciones que necesitan (Mohr, Cox, Epstein, Boudewyn, 2002). La TCC pretende aumentar la eficiencia del individuo y disminuir la ansiedad de estos pacientes al vencer sus temores y evasiones. De manera semejante, los pacientes claustrofóbicos con cáncer fueron capaces de hacer frente a sus sesiones de radiación después de recibir TCC (Steggles, 1999).
- *Aumentar la eficiencia del paciente.* Mejorar la eficiencia del paciente le permite ganar confianza para afrontar el estímulo temido. La eficiencia propia se relaciona con mejores resultados de la TCC para fobias específicas (Zoellner, Echeverri, Craske, 2000). Está demostrado que varios tratamientos de TCC con exposiciones reales (Goettestam, Hokstad, 2002) y virtuales (Botella, Banos, Villa, Perpina, Garcia-Palacios, 2000) incrementan la eficiencia del individuo. Además, las imágenes positivas guiadas y la terapia de resolución de problemas pueden contribuir a generar un sentimiento de eficiencia propia.
- *Mejorar las relaciones sociales.* Los temores relacionados con fobias espe-

cíficas son capaces de influir de manera perjudicial en las relaciones sociales. Por ejemplo, quizá haya problemas entre un individuo con fobia a viajar en avión y su pareja que desea salir de vacaciones. Las intervenciones terapéuticas tal vez impliquen sesiones conjuntas en las que se ofrezca psicoeducación respecto de las fobias (p. ej., no es que el paciente haya elegido deliberadamente padecer esta fobia) a ambos miembros de la pareja.

- *Disminuir el estrés general.* Otra meta secundaria del tratamiento para un paciente con una fobia específica es reducir los grados de estrés en general. Entre los posibles enfoques de intervención se encuentran diversas estrategias de control de estrés conductual para reducir la sintomatología física relacionada con el estrés, así como estrategias de entrenamiento en habilidades de enfrentamiento —como la terapia de resolución de problemas—, con el fin de que el paciente maneje los sucesos cotidianos negativos y estresantes de manera más eficaz.
- *Mejorar el desempeño laboral.* Un paciente con una fobia específica grave llega a tener problemas para desempeñar algunos puestos o responsabilidades en su empleo a causa del temor (p. ej., ejecutivos con fobia a viajar en avión, pintores que rechacen contratos por su temor a las alturas).
- *Disminuir las recaídas.* Es más probable una recaída cuando se evalúa el temor a estímulos nuevos que no se abordaron de manera particular durante la terapia de exposición. Parece que la exposición a diversos estímulos temidos, en comparación con hacerlo a un solo estímulo, da como resultado menos recaídas (Rowe, Craske, 1998). Además, la exposición espaciada genera menos recaídas que la concentrada; en cambio, la distracción durante la exposición puede provocar más recaídas.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

A menudo, la persona con fobias específicas no busca ayuda terapéutica o subestima el efecto negativo que tienen en sus vidas (p. ej., debido a la preocupación por la manera como los demás puedan percibir su fobia). Así, el terapeuta puede identificar una fobia específica en un paciente que solicitó terapia para otro problema. A fin de facilitar la aceptación del tratamiento para la fobia específica, el terapeuta quizá ofrezca razones para fobias específicas comprensibles para el paciente. Por ejemplo, las explicaciones de la naturaleza adaptativa de algunas fobias a partir de un razonamiento evolutivo (p. ej., “los hombres prehistóricos que temían a los animales fueron quienes sobrevivieron y transmitieron sus genes”) reducen el estigma asociado con dichos temores. Entre los

predictores de una TCC exitosa se encuentran la credibilidad percibida del tratamiento, la expectativa de resultados positivos y la motivación general hacia la terapia (Hellstroem, Öst, 1996). Más adelante, la disposición a tolerar incomodidades y las tácticas del tratamiento por lo general incrementan la eficacia total del mismo. Si la motivación es baja, puede ser benéfico que el terapeuta brinde psicoeducación del modelo de TCC o de la reestructuración cognitiva para aumentar la expectativa y motivación del tratamiento antes de comenzar otras intervenciones. En cambio, la depresión y los medicamentos predicen resultados menos favorables; por ejemplo, los pacientes que se someten a la terapia de exposición mientras toman alguna variante de benzodiacepina a menudo recaen cuando suspenden su medicación. Los tranquilizantes impiden la necesaria experiencia de ansiedad, lo que inhibe la habituación.

También se han evaluado los efectos de la TCC en la *comorbilidad*. La presencia de otras fobias específicas no parece tener efectos adversos en la terapia de exposición para una fobia específica (Kahan, Tanzer, Darwin, Borer, 2000), y de hecho quizá resulten benéficas para fobias no específicamente tratadas. Sin embargo, los pacientes con mayor ansiedad general (Muris, Mayer, Merckelbach, 1998), depresión o agorafobia (Nutzinger, Cayiroglu, Gruenberger, Kieffer, 1990) parecen tener resultados menos favorables.

La TCC es eficaz para personas con trastornos del desarrollo. Un estudio reveló que la exposición, modelaje y reforzamiento diferencial fueron eficaces para reducir la fobia de SIH en un hombre con retraso mental moderado (Hagopian, Crockett, Keeney, 2001). Pacientes que sufren retraso mental también han tenido buenos resultados con tratamientos para fobias a los perros mediante la terapia de exposición (Erfanian, Miltenberger, 1990). Además, la desensibilización sistemática y el modelaje fueron eficaces para reducir la fobia a los perros en personas con síndrome de Down (Freeman, 1997).

Por último, deben considerarse los aspectos culturales al trabajar con una fobia específica. Por ejemplo, los individuos originarios de la India tienen mayor probabilidad de padecer fobias relacionadas con animales, oscuridad y mal clima, mientras que los británicos reportan un mayor índice de agorafobia y fobia social (Chambers, Yeragani, Keshavan, 1988). Los estadounidenses de origen hispano y los afroestadounidenses presentan mayores tasas de fobia específica, consideración que el terapeuta debe tener en mente al trabajar con individuos pertenecientes a estos grupos.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

- Antony, M. M., Orsillo, S. M., Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Arntz, A., Lavy, E., Van den Berg, G., Van Rijsoort, S. (1993). Negative beliefs of spider phobics: A psychometric evaluation of the Spider Phobia Beliefs Questionnaire. *Advances in Behavior Research & Therapy*, 15, 257-277.
- Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Booth, R., Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia: I. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 207-221.
- Botella, C., Banos, R. M., Villa, H., Perpina, C., Garcia-Palacios, A. (2000). Virtual reality in the treatment of claustrophobic fear: A controlled, multiple-baseline design. *Behavior Therapy*, 31, 583-595.
- Capafons, J. I., Sosa, C. D., Avero, P. (2001). Systematic desensitization in the treatment of fear of flying. *Psychology in Spain*, 2, 11-16.
- Chambers, J., Yeragani, V. K., Keshavan, M. S. (1988). Phobias in India and the United Kingdom: A trans-cultural study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 74, 388-391.
- Cohen, D. C. (1977). Comparison of self-report and overt-behavioral procedures for assessing acrophobia. *Behavior Therapy*, 8, 23.
- De Jongh, A., Muris, P., Schoenmakers, N., ter Horst, G. (1995). Negative cognitions of dental phobics: Reliability and validity of the dental cognitions questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 507-515.
- Emmelkamp, P. M. G., Krijn, M., Hulsbosch, A. M., de Vries, S., Schuemie, M. J., van der Mast, C. A. P. G. (2002). Virtual reality treatment versus exposure in vivo: A comparative valuation in acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 509-516.
- Erfanian, N., Miltenberger, R. G. (1990). Contact desensitization in the treatment of dog phobias in persons who have mental retardation. *Behavioral Residential Treatment*, 5, 55-60.
- Foulds, J. (1993). Cerebral circulation during treatment of blood-injury phobia: A case study. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 137-146.
- Freeman, S. (1997). Treating a dog phobia in a person with Down's syndrome by use of systematic desensitization and modeling. *British Journal of Learning Disabilities*, 25, 154-157.
- Goetstam, K. G. (2002). One session group treatment of spider phobia by direct or modeled exposure. *Cognitive Behaviour Therapy*, 31, 18-24.
- Goetstam, K. G., Hokstad, A. (2002). One session treatment of spider phobia in a group setting with rotating active exposure. *European Journal of Psychiatry*, 16, 129-134.
- Hagopian, L. P., Crockett, J. L., Keeney, K. M. (2001). Multicomponent treat-

- ment for blood-injury-injection phobia in a young man with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 141-149.
- Haug, T., Brenne, L., Johnsen, B. H., Berntzen, D., Goettestam, K. G., Hugdahl, K. (1987). A three-systems analysis of fear of flying: A comparison of a consonant vs. a non-consonant treatment method. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 187-194.
- Hellstroem, K., Fellenius, J., Öst, L. G. (1996). One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 101-112.
- Hellstroem, K., Öst, L. G. (1995). One-session therapist directed exposure vs. two forms of manual directed self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 959-965.
- Hellstroem, K., Öst, L. G. (1996). Prediction of outcome in the treatment of specific phobia: A cross validation study. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 403-411.
- Kahan, M., Tanzer, J., Darvin, D., Borer, F. (2000). Virtual reality-assisted cognitive-behavioral treatment for fear of flying: Acute treatment and follow-up. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 387-392.
- Kleinknecht, R. A., Thorndike, R. M., Walls, M. M. (1996). Factorial dimensions and correlates of blood, injury, injection and related medical fears: Cross validation of the medical fear survey. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 323-331.
- Marks, I. M. (1988). Blood-injury phobia: A review. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1207-1213.
- Menzies, R. G., Clarke, J. C. (1995). Individual response patterns, treatment matching, and the effects of behavioural and cognitive interventions for acrophobia. *Anxiety, Stress, and Coping*, 8, 141-160.
- Mohr, D. C., Cox, D., Epstein, L., Boudewyn, A. (2002). Teaching patients to self-inject: Pilot study of a treatment for injection anxiety and phobia in multiple sclerosis patients prescribed injectable medications. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 39-47.
- Muris, P., Mayer, B., Merckelbach, H. (1998). Trait anxiety as a predictor of behaviour therapy outcome in spider phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 87-91.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., Houts, P. S. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Nutzinger, D. O., Cayiroglu, S., Gruenberger, J., Kieffer, W. (1990). Prognosis of cardiac phobia. *Psychopathology*, 23, 63-72.
- Öst, L. G. (1996). One-session group treatment of spider phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 707-715.

- Öst, L. G., Brandberg, M., Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 987-996.
- Öst, L. G., Fellenius, J., Sterner, U. (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 561-574.
- Öst, L. G., Lindahl, I. L., Sterner, U., Jerremalm, A. (1984). Exposure in vivo vs. applied relaxation in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 205-216.
- Öst, L. G., Sterner, U., Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 109-121.
- Page, A. C., Bennett, K. S., Carter, O., Smith, J., Woodmore, K. (1997). The Blood-Injection Symptom Scale (BISS): Assessing a structure of phobic symptoms elicited by blood and injections. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 457-464.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., Thordarson, D. S., McIsaac, H. K., Teachman, B. A. (2001). The Claustrophobia Questionnaire. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 287-297.
- Rowe, M. K., Craske, M. G. (1998). Effects of an expanding-spaced vs. massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 701-717.
- Schienle, A., Stark, R., Walter, B., Vaitl, D. (2003). The connection between disgust sensitivity and blood-related fears, faintness symptoms, and obsessive-compulsiveness in a non-clinical sample. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16, 185-193.
- Steggles, S. (1999). The use of cognitive-behavioral treatment including hypnosis for claustrophobia in cancer patients. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41, 319-326.
- Stouthard, M. E., Mellenbergh, G. J., Hoogstraten, J. (1993). Assessment of dental anxiety: A facet approach. *Anxiety, Stress & Coping*, 6, 89-105.
- Szymanski, J., O'Donohue, W. (1995). Fear of Spiders Questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 31-34.
- Ventis, W. L., Higbee, G., Murdock, S. A. (2001). Using humor in systematic desensitization to reduce fear. *Journal of General Psychology*, 128, 241-243.
- Zoellner, L. A., Echiverri, A., Craske, M. G. (2000). Processing of phobic stimuli and its relationship to outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 921-931.

Trastorno de angustia y agorafobia

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

El trastorno de angustia (TA) con agorafobia (TAA) o sin ella es un padecimiento en extremo desgastante que se asocia con un deterioro psicológico, social y ocupacional, así como de la calidad de vida. En esencia, este padecimiento puede ser considerado como un temor aprendido a ciertas sensaciones corporales, en tanto que la agorafobia es la reacción conductual en anticipación a la experiencia de dichas sensaciones corporales o de una crisis de angustia completa.

El trastorno de angustia se caracteriza por crisis de angustia recurrentes e inesperadas. De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), una crisis de angustia es un periodo aislado de intenso temor o incomodidad en el que se presentan de manera abrupta cuatro o más de los siguientes síntomas y alcanzan su máxima intensidad antes de diez minutos: palpitaciones, ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblores, sensación de falta de aliento, ahogamiento, dolor o incomodidad en el pecho, náusea o dolor abdominal, sensación de mareo, inestabilidad, vértigos o desvanecimiento, despersonalización, temor a perder el control o “volverse loco”, temor a morir, parestesias y calosfríos o bochornos. Además, al menos a una de las crisis le sigue un mes o más de lo siguiente: preocupación persistente de sufrir más crisis, inquietud por las implicaciones de la crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, tener un ataque cardíaco, “volverse loco”), o un cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

En un intento por impedir crisis de angustia futuras, el individuo adopta conductas de seguridad que a menudo implican evitar lugares que temen les desencadenen tales crisis. Así, muchas personas con trastorno de angustia también experimentan agorafobia, misma que es definida por el DSM-IV-TR como ansiedad significativa generada por estar en lugares o situaciones de las cuales se dificulte escapar, o sea vergonzoso hacerlo, o en las que quizá no haya ayuda disponible en caso de padecer una crisis de angustia o síntomas parecidos. Los temores agorafóbicos por lo general giran en torno a situaciones específicas como estar fuera de casa sin compañía, en una multitud o formado en una fila, en un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil. Tales situaciones se evitan o se soportan con intensa angustia por el temor de sufrir una crisis o síntomas similares al experimentarlas, y a menudo requieren la presencia de otra persona. La evitación de los individuos de estas situaciones quizá afecte su capacidad de viajar o trabajar, o de desempeñar diversas responsabilidades (p. ej., ir a la tienda, llevar los niños al doctor). Tanto en el trastorno de angustia como en la agorafobia, la ansiedad o la evitación fóbica no se justifican por otro trastorno mental, por efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas) ni por una enfermedad médica de índole general.

Aunque el trastorno de angustia y la agorafobia a menudo coinciden, en ocasiones se presentan de manera aislada. Las características fundamentales de la agorafobia sin trastorno de angustia son semejantes a las del TAA, salvo que el temor se centra en la aparición de síntomas incapacitantes o síntomas similares a la angustia que sean vergonzosos, o de crisis de síntomas limitados, más que en crisis de angustia propiamente dichas. Los “síntomas similares a la angustia” abarcan cualquiera de los 13 síntomas ya mencionados de las crisis de angustia u otros que incapaciten o avergüencen (p. ej., pérdida del control del esfínter vesical).

En más de 70% de los casos, un estresor específico se identifica como el precursor del TA/TAA. Con más frecuencia, los estresores son interpersonales (p. ej., una pelea con el cónyuge) o se relacionan con el bienestar físico (p. ej., un deceso en la familia, malas experiencias con drogas). Las crisis de angustia iniciales también a menudo ocurren fuera del hogar, en situaciones en las que la pérdida de control (p. ej., al manejar), una evaluación adversa (p. ej., una entrevista para un empleo), un lugar que se percibe inseguro (p. ej., lugares desconocidos) o cerrado (p. ej., elevadores) es especialmente amenazadora. Los síntomas de angustia se interpretan como peligrosos y el paciente desarrolla un temor a que se presenten de nuevo. En un intento por disminuir la probabilidad de la calamidad temida, los pacientes se tornan hipervigilantes, supervisan todo el tiempo su cuerpo o manifiestan algunos comportamientos de seguridad que implican evitación.

La prevalencia a lo largo de la vida del TA/TAA va de 3.5 a 5.3% (Kessler *et al.*, 1994). Las mujeres presentan un riesgo dos veces mayor de manifestar un

TA/TAA en comparación con los varones (Katerndahl, Realini, 1993); la edad promedio de aparición es de 24 años, si bien llega a ocurrir en cualquier momento de la vida. Los síntomas por lo general son crónicos, con una tasa de remisión de 39%, en tanto que la recurrencia es de 82 y 51% en mujeres y hombres, respectivamente (Yonkers *et al.*, 1998).

Aspectos del diagnóstico diferencial

Los síntomas de angustia y evitación no se limitan al TA/TAA, pues estas características se presentan en diversos trastornos de ansiedad y del estado de ánimo; sin embargo, además del TA/TAA, las crisis de angustia a menudo tienen linderos situacionales. En particular, la *fobia específica* se caracteriza por temor y evitación de un estímulo particular. Los temores de la *fobia social* se centran en una valoración negativa por parte de otras personas, no relacionada con la angustia, lo que lleva a una evitación de algunas situaciones sociales. El *trastorno por estrés postraumático* se distingue por temores relacionados con un suceso específico que amenaza la vida, en donde la evitación es resultado del intento de reducir la sensación de un peligro inminente. Los pensamientos de temor y el subsecuente comportamiento de evitación para prevenir el temor de la obsesión distinguen al *trastorno obsesivo compulsivo*. En el *trastorno de ansiedad generalizada*, las crisis de angustia están ausentes y la ansiedad se caracteriza por una preocupación general. La *depresión* quizá pueda incluir la evitación de situaciones, pero se relaciona más con un interés disminuido y con un estado de ánimo deprimido que con el temor de un comportamiento de angustia o la pérdida de control.

También deben diferenciarse otros trastornos psiquiátricos del TA/TAA. En la *esquizofrenia*, los delirios y alucinaciones llegan a producir un temor irracional y excesivo a objetos o situaciones, pero estos temores no se relacionan con crisis de angustia. De modo similar al TA/TAA, los individuos *paranoides* quizá se aislen y eviten la socialización. Sin embargo, a diferencia del TA/TAA, esto sucede a causa de un intento percibido como malintencionado proveniente de otra persona.

Algunas enfermedades presentan síntomas parecidos a la angustia y deben ser descartadas antes de diagnosticar el TA/TAA; entre ellas se encuentran trastornos glandulares (p. ej., hipertiroidismo, hipoglucemia, menopausia), cardiovasculares (p. ej., enfermedades coronarias o arritmias), respiratorios (p. ej., asma, bronquitis crónica), neurológicos (p. ej., disfunción vestibular, esclerosis múltiple) y ansiedad relacionada con sustancias debido intoxicación (p. ej., cocaína, cafeína) o abstinencia (p. ej., opiáceos, alcohol).

Aspectos de comorbilidad

El TA/TAA por lo común tiene lugar junto con otros síntomas psiquiátricos. Aproximadamente 59% de los pacientes presenta un diagnóstico comórbido del estado de ánimo o de ansiedad, incluyendo trastorno depresivo mayor (23%), trastorno de ansiedad generalizada (16%) y fobia social o específica (15%). Por lo general, al TA/TAA lo preceden trastornos no relacionados con la angustia, aunque también se ha observado lo contrario. Por ejemplo, la depresión quizá esté relacionada con el sentimiento de desesperanza que experimentan los pacientes en relación con su incapacidad para controlar sus crisis de angustia. Además, de 25 a 60% de los pacientes con TA/TAA también cumple con criterios para trastorno de personalidad, sobre todo los individuos evitativos y dependientes.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Al trabajar con personas con TA/TAA es importante una valoración detallada. A continuación se listan evaluaciones psicológicas específicas para este trastorno (en Antony, Orsillo, Roemer, 2001 hay una revisión de dichas herramientas de evaluación).

Evaluaciones clínicas

- *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version* (DiNardo, Brown, Barlow, 1994; *Entrevista Estructurada para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV: Versión a lo largo de la Vida*). Evalúa los diagnósticos presentes y pasados de trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de consumo de sustancias.
- *Panic and Agoraphobia Scale* (Bandelow, 1999; *Escala de Angustia y Agorafobia*). Mide la gravedad de los trastornos de angustia con agorafobia y sin ella; puede ser aplicada por el terapeuta o por el paciente mismo.
- *Panic Disorder Severity Scale* (Shear et al., 1992; *Escala de Gravedad del Trastorno de Angustia*). Estima la gravedad del trastorno de angustia, incluyendo la frecuencia, la angustia durante las crisis y la evitación asociada.

Instrumentos autoaplicables

- *Albany Panic and Phobia Questionnaire* (Rapee, Craske, Barlow, 1995; *Cuestionario Albany de Angustia y Fobia*). Evalúa el temor y la evitación de sensaciones corporales y situaciones agorafóbicas.

- *Anxiety Sensitivity Scale* (Peterson, Reiss, 1993; Reiss, Peterson, Gursky, McNally, 1986; *Escala de Sensibilidad a la Ansiedad*). Valora el temor a síntomas relacionados con la ansiedad.
- *Anxiety Sensitivity Index-Revised 36* (Taylor, Cox, 1998a; *Índice de Sensibilidad a la Ansiedad-Revisado*). Mide el temor a síntomas relacionados con la ansiedad mediante numerosas subescalas (p. ej., temor a síntomas respiratorios, ansiedad observable para los demás, descontrol cognitivo).
- *Daily Mood Record* (Craske, Barlow, Meadow, 2000; *Registro Diario de Estado de Ánimo*). Estima la reacción emocional a las preocupaciones de sufrir una crisis de angustia.
- *Panic Attack Questionnaire-Revised* (Cox, Norton, Swinson, 1992; *Cuestionario de Crisis de Angustia-Revisado*). Mide numerosos factores relacionados con las crisis de angustia (p. ej., síntomas, cogniciones, detonadores y afrontamiento).

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Debido al grave daño potencial del TA/TAA, las metas de resultados finales se centran en mejorar la calidad de vida del paciente y disminuir su deterioro social, laboral y funcional. El tratamiento se encamina a reducir las crisis de angustia y la agorafobia. Además, el alivio de las dificultades en las relaciones interpersonales y el abuso de sustancias asociado (p. ej., medicamentos con receta o sin ella) también llegan a ser metas finales importantes. Por último, las estrategias terapéuticas contemplan la mejora de las habilidades de afrontamiento adaptativas y eficaces.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre las principales metas para el TA/TAA se encuentran:

- Disminuir las interpretaciones catastróficas de la activación.
- Reducir la activación fisiológica.
- Limitar los comportamientos de seguridad.

Meta 1. Disminuir las interpretaciones catastróficas de la activación

El TA/TAA a menudo se caracteriza como un “miedo al miedo” por el que los pacientes tienen temor de sufrir una crisis de angustia; dicho temor se desarrolla como resultado de interpretaciones catastróficas de la activación fisiológica (Beck, Emery, 1985; Clark, 1986). De manera específica, los detonantes *internos* (como sensaciones corporales) o *externos* (p. ej., un lugar de difícil escape) estimulan la percepción de amenaza. Este peligro percibido origina aprehensión, lo que estimula sensaciones somáticas (p. ej., aumento del ritmo cardiaco). La activación fisiológica se interpreta como algo catastrófico, lo cual provoca una mayor anticipación del peligro y así, de manera sucesiva. De este modo, un círculo vicioso que se perpetua a sí mismo mantiene el temor (Clark, 1986).

Los síntomas somáticos ambiguos a menudo se interpretan como presagios de un suceso inminente y terrible (Clark, Salkovskis, Öst, Breitholtz, 1997). Las interpretaciones catastróficas adoptan muchas formas; por ejemplo, las palpitaciones cardiacas llegan a interpretarse como indicativas de un infarto al miocardio, el mareo se percibe como un desvanecimiento inminente, un “nudo” en la garganta apunta a un ahogamiento fatal y un bloqueo mental como el comienzo de la pérdida de la razón (Hoffart, 1993). Beck (1988) propuso que las interpretaciones catastróficas se dividen en tres categorías: biológicas (muerte, infarto al miocardio), mentales (demencia) y conductuales (pérdida de control).

Los pacientes con frecuencia no están conscientes del condicionamiento interoceptivo (es decir, temor asociado con una activación fisiológica interna, como un acelerado ritmo cardiaco) o de la deficiente evaluación de las sensaciones corporales, lo que causa la percepción de que las crisis de angustia se presentan de manera inesperada y sin aviso. Así, no hay un control percibido en la angustia, lo que genera más excitación. Se ha demostrado que modificar las ideas catastróficas disminuye la angustia (Hoffart, 1998).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Agoraphobic Cognitions Questionnaire* (Chambless, Caputo, Bright, Gallagher, 1984; *Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas*). Evalúa las cogniciones de temor relacionadas con las crisis de angustia y la agorafobia.
- *Anxiety Sensitivity Profile* (Taylor, Cox, 1998b; *Perfil de la Sensibilidad a la Ansiedad*). Mide las características cognitivas de la sensibilidad a la ansiedad (p. ej., sensaciones físicas).
- *Body Sensations Interpretation Questionnaire* (Clark, Salkovskis, Öst, Breitholtz, 1997; *Cuestionario de Interpretación de Sensaciones Corporales*). Valora las interpretaciones erróneas de las sensaciones somáticas relacionadas con la ansiedad, otros síntomas corporales (p. ej., sa-

- lud), sucesos sociales y otros sucesos externos (p. ej., preocupaciones generales).
- *Dysfunctional Thought Record* (Beck, 1995; *Registro de Pensamientos Disfuncionales*). Identifica situaciones que desencadenan pensamientos automáticos, pensamientos automáticos reales, emociones, contrapensamientos adaptativos y consecuencias emocionales y cognitivas.
 - *Agoraphobic Self-Statements Questionnaire* (van Hout, Emmelkamp, Koopmans, Boegels, Bouman, 2001; *Cuestionario de Autodeclaraciones Agorafóbicas*). Estima la frecuencia de autodeclaraciones positivas y negativas acerca de la evitación en la agorafobia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Exposición interoceptiva.
- Terapia cognitiva focal.

Reestructuración cognitiva. Las estrategias de intervención que contribuyen a disminuir el pensamiento catastrófico infundado se basan en principios de reestructuración cognitiva. Desde el punto de vista conceptual, la reestructuración cognitiva puede ser considerada como un término general que abarca diversas estrategias específicas de terapia: terapia emotivo-racional (Ellis, 1994), cognitiva (Beck *et al.*, 1985) y entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1977). Si bien existen diferencias entre estos tres planteamientos, todos implican ayudar al paciente a identificar sus pensamientos desadaptativos y luego modificarlos. Al tratar disfunciones cognitivas en personas con TA/TAA, se les pide que identifiquen las situaciones que operan como detonantes de la angustia (p. ej., entrar en un elevador) y, después, varios pensamientos automáticos negativos relacionados con el temor (p. ej., “no voy a poder escapar si me da una crisis de angustia, me voy a morir en el elevador”). A menudo se les pide que determinen las consecuencias de tales pensamientos (p. ej., aumento del ritmo cardíaco, intensificación de la sensación de ansiedad). Una vez que los pacientes aprenden a identificar el pensamiento distorsionado, se les instruye para que elaboren pensamientos e ideas alternos, más racionales. Así, por ejemplo, se elaboran otras hipótesis que implican que los síntomas somáticos son la causa de la ansiedad y no el suceso catastrófico.

Exposición interoceptiva. Debido a que “las acciones dicen más que las palabras”, la exposición interoceptiva facilita una disminución de la interpretación catastrófica de las sensaciones físicas. Esta técnica terapéutica, en la que se expone a los pacientes a sugerencias somáticas, rompe la asociación entre las sensaciones físicas y el temor al demostrar que tales sensaciones somáticas no se

manifiestan por un peligro inminente ni generan las consecuencias catastróficas previstas.

En la exposición interoceptiva los pacientes experimentan sensaciones de angustia. Se inducen síntomas de angustia que imitan de manera específica la crisis de angustia del paciente. Debido a que los pacientes a menudo reportan síntomas de hiperventilación, es factible inducir la angustia haciendo que el paciente respire con rapidez en una bolsa de papel o a través de un popote. Otras técnicas logran suscitar mejor los síntomas de angustia, como girar en una silla de oficina (mareos), hacer ejercicio (falta de aliento), o leer o escuchar cogniciones angustiantes temidas.

Durante la presencia de los síntomas de angustia se formulan preguntas a los pacientes que les permitan descubrir que tales manifestaciones en realidad no son señal de una catástrofe inminente. Tales preguntas pueden ser: “¿cómo se siente con esta experiencia?”, “¿qué pensamientos e imágenes le vienen a la mente?” y “¿a qué conclusiones llega respecto de las similitudes entre la forma como se siente en este momento y cuando tiene una crisis de angustia?” Ello permite que los pacientes alteren sus interpretaciones catastróficas de las sensaciones somáticas.

Terapia cognitiva focal (TCF). Es una técnica basada en un manual (Beck, 1992) y que se dirige de manera específica a las interpretaciones erróneas que el paciente hace de las sensaciones corporales. La TCF se vale de diversas técnicas, como psicoeducación, inducción de la angustia, ensayos conductuales, identificación y refutación de interpretaciones erróneas, disminución de comportamientos evitativos y enseñanza de habilidades de afrontamiento adaptativas (p. ej., relajación y respiración controlada). Se ha descubierto que este enfoque específico de intervención es eficaz para reducir las interpretaciones catastróficas erróneas y los síntomas de angustia (Brown, Beck, Newman, Beck, 1997).

Meta 2: Disminuir la activación fisiológica

Los pacientes con TA/TAA manifiestan una conciencia y temor mayores de su activación fisiológica, lo que genera un aumento de la misma, de modo que se forma un círculo propagador. Así, por ejemplo, conforme se percibe que aumenta el ritmo cardiaco, la atención del individuo se centra en esta sensación corporal; la persona se torna entonces más ansiosa porque algo no va bien, lo que causa un incremento del ritmo cardiaco. Además, quienes sufren TA/TAA son a menudo hipervigilantes, supervisan todo el tiempo su cuerpo en busca de señales de problemas somáticos. Dicha atención acentuada en las sensaciones somáticas opera para aumentar su presencia y la preocupación que las acompaña. En un intento por detener este ciclo creciente, la intervención pretende dis-

minuir esa intensa observación del paciente sobre la manifestación de su activación fisiológica.

La activación fisiológica a menudo conlleva hiperventilación, lo cual genera niveles más bajos de dióxido de carbono en la sangre lo que, a su vez, provoca sensaciones de mareo. La hiperventilación se identifica como un disparador de crisis de angustia.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Body Sensation Questionnaire* (Chambless, Caputo, Bright, Gallagher, 1984; *Cuestionario de Sensaciones Corporales*). Evalúa el temor asociado con las sensaciones somáticas de activación.
- *Body Vigilance Scale* (Schmidt, Lerew, Trakowski, 1997; *Escala de Vigilancia Corporal*). Estima el grado de atención a las sensaciones somáticas.
- *Panic Attack Record* (Crasker, Barlow, Meadows, 2000; *Registro de Crisis de Angustia*). Evalúa la gravedad de diferentes sensaciones somáticas relacionadas con crisis de angustia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Distracción.
- Entrenamiento de relajación.
- Control respiratorio.

Distracción. La distracción es benéfica porque sirve tanto para reducir de inmediato la ansiedad como para que los pacientes manifiesten un control sobre su angustia. Se guía a los pacientes para que empleen la distracción cuando surgen sensaciones de activación psicológica y física. Algunos ejemplos son escuchar o cantar una canción, o entablar una conversación acerca de un tema agradable. Debido a que la atención se desvía, la distracción impide la “espiral ascendente” de los pensamientos catastróficos, sensaciones somáticas y excitación fisiológica. Además, sirve como evidencia a los pacientes de que *controlan* sus sensaciones corporales temidas. Sin embargo, es importante enseñar a los pacientes que la distracción no es adecuada cuando se implementan otras técnicas cognitivo-conductuales, como la exposición o la reestructuración cognitiva.

Entrenamiento de relajación. Esta técnica pretende disminuir la activación fisiológica en situaciones que antes provocaron ansiedad. Para aplicarla primero se enseña al paciente a identificar las señales y orígenes de la activación fisiológica, después se le explica cómo realizar la relajación muscular progresiva. Al principio, los pacientes aprenden a “tensar y soltar” varios grupos de músculos

de todo el cuerpo; después, a sólo “soltar” los mismos grupos musculares y, al final, la relajación controlada por señales. Los pacientes practican entonces la aplicación de la relajación en ambientes estresantes no fóbicos y, en último lugar, en situaciones relacionadas con sus temores.

Es importante observar que algunos pacientes con TA/TAA experimentan “crisis de angustia inducidas por la relajación” en las que, de manera paradójica, la relajación aumenta las crisis. La razón de esto se desconoce, de modo que al proporcionar el entrenamiento de relajación el terapeuta debe estar atento a la posible aparición de este fenómeno.

El entrenamiento de relajación es eficaz para reducir los síntomas de angustia tanto a corto como a largo plazo (Öst, Westling, Hellstroem, 1993). Más aún, la relajación también facilita la recuperación de cogniciones positivas (Peveler, Johnston, 1986) que ayuda a otras intervenciones de TCC (p. ej., reestructuración cognitiva).

Control respiratorio. La meta del control respiratorio es inhibir la hiperventilación que aparece cuando los pacientes sienten ansiedad que genera angustia. Esta técnica puede comenzar con una exposición interoceptiva mediante una sucesión rápida de respiraciones breves para demostrar que la hiperventilación causa síntomas de angustia. Se establece una discusión acerca de las interpretaciones catastróficas erróneas de sensaciones somáticas. El paciente comprende entonces que la respiración controlada implica una respiración diafragmática baja (de 8 a 12 respiraciones por minuto). Resulta importante hacerle ver al paciente que es imposible que tal control respiratorio ocurra al mismo tiempo que la hiperventilación. La respiración diafragmática se maneja como herramienta de afrontamiento cuando el paciente comienza a sentir ansiedad por la posibilidad de presentar una crisis de angustia; el objetivo es disminuir la activación fisiológica.

Meta 3: Disminuir los comportamientos de seguridad

Los pacientes con TA/TAA a menudo presentan comportamientos de seguridad que pretenden disminuir su ansiedad. La evitación es un tipo de comportamiento de seguridad que se manifiesta para evitar señales internas (p. ej., interoceptivas) o externas (p. ej., situaciones relacionadas con la agorafobia). La evitación puede referirse a lugares particulares o a actividades específicas; por ejemplo, respecto de la evitación interoceptiva, quizá se eviten los comportamientos que aumentan las sensaciones somáticas (p. ej., ejercicio, ingerir grandes cantidades de alimentos, relaciones sexuales).

Respecto de la agorafobia, la aparición de este tipo de evitación por lo general ocurre antes de que transcurra un año del inicio de las crisis de angustia repetidas.

Los pacientes con TA desarrollan agorafobia a causa de su convicción de que deben evitar algunas situaciones en las que la angustia sea en particular dañina o vergonzosa. Si se resuelven las crisis de angustia, la agorafobia a menudo también es superada. Sin embargo, en algunos casos, a causa del reforzamiento negativo asociado con el comportamiento de evitación la agorafobia se torna crónica al margen de si la persona continúa o no experimentando crisis de angustia.

Los comportamientos de seguridad también pueden considerarse desde otras perspectivas. Por ejemplo, los pacientes con frecuencia creen que afrontan mejor una situación temida cuando no están solos. Esta “persona de seguridad”, a menudo alguien allegado, es percibida con la capacidad de ayudar al paciente a impedir los sucesos catastróficos temidos si se presentan los síntomas de angustia. Entre otros ejemplos de comportamientos de seguridad se encuentran sujetar un objeto por temor a un desvanecimiento, contener el aliento al caminar en una multitud, llevar consigo medicinas “por si acaso” o “exprimir” el volante al manejar. Tales conductas se refuerzan de manera negativa porque por lo general la angustia no se presenta cuando se manifiestan. Además, el pensamiento mágico (supersticioso) (p. ej., “si evito los lugares públicos, no me dan crisis de angustia”) contribuye a perpetuar y mantener estos comportamientos de seguridad.

Es importante el tratamiento de estos comportamientos; por ejemplo, los comportamientos de seguridad perpetúan creencias catastróficas (Salkovskis, Clark, Gelder, 1996). Además, se ha demostrado que la mejora global que sigue al tratamiento se asocia más con la reducción de la evitación que con la de la angustia (Basoglu *et al.*, 1994).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Behavioral Avoidance Test* (Craske, Barlow, Meadows, 2000; *Prueba de Comportamiento de Evasión*). Evalúa la cantidad de evitación y el grado de angustia asociados con el enfrentamiento a las situaciones ya temidas.
- *Phobic Avoidance Rating Scale* (Hoffart, Friis, Martinsen, 1989; *Escala de Clasificación de la Evitación Fóbica*). Clasificación clínica que estima la gravedad de la evitación del paciente.
- *Mobility Inventory for Agoraphobia* (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely, Williams, 1985; *Inventario de Movilidad para la Agorafobia*). Mide la gravedad de la agorafobia y de las crisis de angustia junto con la ubicación de la seguridad percibida.
- *Texas Safety Maneuver Scale* (Kamphuis, Telch, 1998; *Escala de Maniobras de Seguridad de Texas*). Evalúa los comportamientos de seguridad que presentan los individuos con trastorno de angustia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Exposición.
- Perspectiva de señales de seguridad.
- Terapia de dominio guiado.
- Ensayos conductuales.
- Entrenamiento autoinstruccional.

Exposición. La terapia de exposición es importante en el tratamiento de la evitación agorafóbica (Fava *et al.*, 2001; van den, Arntz, Hoekstra, 1994). La lógica de para la exposición a situaciones evitadas se basa en una teoría bifactorial que plantea que la angustia se asocia con situaciones evitadas mediante el condicionamiento clásico y después se refuerza de manera negativa mediante la evitación. De este modo, los pacientes no aprenden a separar la angustia de estas situaciones. La exposición para la agorafobia por lo general se aplica *in vivo*, a menudo de manera gradual. Los pacientes desarrollan una jerarquía de temores que guía la exposición de manera progresiva hacia situaciones que provocan cada vez más ansiedad. Los pacientes deben permanecer en el lugar que provoca temor hasta que sus niveles de SUDS desciendan al menos a 50%.

Cuando se aplica la exposición es importante que el paciente también suspenda sus comportamientos de seguridad. La interrupción de los comportamientos de seguridad durante la exposición conlleva mayores reducciones de pensamientos catastróficos y ansiedad (Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells, Gelder, 1999).

La exposición se aplica de manera eficaz en contextos diversos; por ejemplo, puede instrumentarse de manera individual o grupal. Ambas formas son por igual eficaces para reducir la agorafobia y los síntomas de angustia, si bien la modalidad individual alivia mejor los síntomas de depresión y ansiedad (Neron, Lacroix, Chaput, 1995). Además, la exposición puede ser concentrada, en cuyo caso el tratamiento se aplica durante un periodo consecutivo, o espaciada, en la cual la intervención tiene lugar durante un periodo más largo de tiempo (p. ej., una hora semanal durante varias semanas). Si bien la primera en ocasiones es más eficaz, entre las ventajas de la segunda se encuentran tasas más bajas de abandono del tratamiento y de recaídas.

Como componente importante de esta intervención, a menudo se asignan actividades de exposición por cuenta del mismo paciente. El cumplimiento de la exposición asignada predice mejores resultados (Edelman, Chambless, 1993). En un intento por impedir los comportamientos de seguridad, la participación en la terapia de un ser querido (quizá durante las asignaciones fuera del consultorio) en ocasiones resulta ser de particular importancia (Carter, Turovsky, Barlow, 1994).

Terapia de dominio guiado. La terapia de dominio guiado se basa en la teoría de la eficiencia propia, que plantea que los comportamientos de seguridad se ejecutan debido a las dudas en la capacidad propia de afrontar de manera eficiente la situación temida (Williams, 1990). Esto significa que tales comportamientos de seguridad se llevan a cabo en situaciones en las cuales los pacientes no sienten confianza en sí mismos. Se concibe que el temor ha de ser abordado mediante un tratamiento *exitoso* basado en el desempeño. Así, la meta de la terapia de dominio guiado es fortalecer una sensación de dominio de las situaciones temidas, o la capacidad de afrontarlas de forma eficaz. Al animar a los pacientes a emprender actividades cada vez más difíciles, el terapeuta promueve la eficiencia de su desempeño mientras abandonan sus comportamientos de seguridad. Es necesario que la participación del profesional disminuya con rapidez al tiempo que se fomenta que los pacientes emprendan esas actividades de manera independiente con la meta de alcanzar una mayor eficiencia propia. Se ha descubierto que la terapia de dominio guiado es eficaz para reducir los comportamientos de seguridad, incluso la evitación (Hoffart, 1995a). Además, parece que una mayor eficiencia propia predice menos temor y evitación después de la TCC (Hoffart, 1995b).

Perspectiva de señales de seguridad. La perspectiva de señales de seguridad (Rachman, 1984) sugiere que un plan general de tratamiento puede ser más eficaz si los pacientes perciben cierto control sobre la exposición. Al aplicar este concepto en la terapia, se ofrecen señales de seguridad a los pacientes para ayudarlos a reducir la angustia durante la exposición. Un ejemplo es hacer que un paciente se reúna con un ser querido en el antes temido centro comercial. Hace tiempo se creía que la idea de fomentar estas señales de seguridad estorbaba a los beneficios de la exposición; sin embargo, parece que este tipo de exposición es eficaz para disminuir la evitación agorafóbica (Sartory, Master, Rachman, 1989). No obstante, es importante que a la exposición de señales de seguridad siga una exposición pura, con el fin de evitar que el paciente dependa de la señal de seguridad.

Ensayos conductuales. Los Ensayos conductuales se emplean por diversas causas (p. ej., comprobación de pensamientos catastróficos), pero se analizan aquí en relación con su función en la reducción de comportamientos de seguridad. Debido a que los pacientes no siempre están concientes de sus suposiciones relacionadas con sus comportamientos de seguridad, esta técnica permite que identifiquen el uso y propósito de tales conductas, incluso de la evitación agorafóbica. Tras reconocer las ideas acerca de lo que pasaría en ausencia de comportamientos de seguridad, los pacientes ponen a prueba estas hipótesis para determinar si sus predicciones eran correctas. Así, por ejemplo, es factible enseñar a los pacientes a intentar *provocar* una crisis de angustia sin adoptar sus comportamientos de seguridad.

Entrenamiento autoinstruccional. La meta del entrenamiento autoinstruccio-

nal (Meichenbaum, 1977) es reemplazar las cogniciones desadaptativas, auto-denigratorias y agravantes de la ansiedad con autodeclaraciones más positivas las cuales, a su vez, producirán una menor dependencia de los comportamientos de seguridad. Se instruye al paciente a imaginarse en circunstancias generadoras de temor y a articular autodeclaraciones adaptativas. Por ejemplo, quizá imagine que maneja por un puente sin su “compañía de seguridad”; el terapeuta fomenta que el paciente repita afirmaciones como “soy capaz de manejar yo solo por este puente; no me va a pasar nada”. Después, el individuo practica estas autodeclaraciones positivas cuando se encuentre en situaciones generadoras de temor en la vida real. El entrenamiento autoinstruccional pretende inhibir las cogniciones negativas al inducir menos activación y comportamientos de seguridad, así como un mejor afrontamiento adaptativo.

Metas adicionales de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre éstos se encuentran los siguientes:

- *Mejorar las relaciones interpersonales.* Las relaciones significativas llegan a verse afectadas de manera grave por el TA/TAA. El estrés asociado con la angustia y la evitación, por ejemplo, desgasta las relaciones. Quizá se evite tener relaciones sexuales debido a las sensaciones somáticas resultantes y, de hecho, parece existir una correspondencia entre la disfunción sexual y el TA (Sbrocco, Weisberg, Barlow, Carter, 1997). Más aún, los pacientes tal vez duden acerca de exponer sus problemas interpersonales por temor a perder a su “persona de seguridad”. Las relaciones problemáticas no sólo disminuyen la calidad de vida, sino también pueden entorpecer el tratamiento (Carter *et al.*, 1994). Al tratar el TA/TAA se ha demostrado que un breve entrenamiento en habilidades de comunicación con los seres queridos da por resultado una reducción de la agorafobia (Arnow, Taylor, Agras, Telch, 1985). En el caso de personas que presentan problemas maritales, la incorporación de una terapia matrimonial no sólo atenua los síntomas de TA/TAA, sino que mejora la relación conyugal (Chernen, Friedman, 1993). (En el capítulo 14 se presentan intervenciones para mejorar las relaciones.)
- *Disminuir el estrés.* La angustia y la activación ansiosa generan crisis de angustia; debido a ello, reducir el estrés general en la vida del paciente es una meta adicional importante. Las intervenciones para alcanzar este objetivo abarcan terapia de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, procuración de apoyo social y entrenamiento de relajación.

- *Actividades programadas.* En relación con la meta anterior, la gente con TA/TAA a menudo experimenta presión en el manejo de su tiempo. Además, en tanto gran parte de su tiempo gira en torno a su psicopatología, a menudo abandonan las actividades placenteras. Así, las tareas programadas, incluso el entrenamiento para el manejo del tiempo y el compromiso de participar en actividades placenteras, disminuyen la angustia y mejoran el estado de ánimo.
- *Evitar recaídas.* Antes del término del tratamiento a menudo es importante el entrenamiento en la prevención de recaídas. Se enseña a los pacientes a identificar problemas potenciales futuros y la forma de aplicar sus recién adquiridas habilidades en esas situaciones. Quizá se elabore un plan específico para cada paciente en caso de que surjan nuevas dificultades.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

La TCF es una intervención en extremo eficaz para el TA/TAA, con un índice de 75 a 90% de pacientes que experimentan beneficios significativos (Clark, 1996). Más aún, la TCF es eficaz para tratar el TA con diagnósticos comórbidos (p. ej., depresión, ansiedad generalizada [Sanderson, Raue, Wetzler, 1998; Brown, Antony, Barlow, 1995]). Si bien los beneficios de la TCC parecen semejantes a los resultados psicofarmacológicos inmediatamente posteriores al tratamiento, el seguimiento a largo plazo indica que la TCC ofrece mayor ganancia terapéutica (Clark *et al.*, 1994; Marks, Swinson, Basoglu, Kuch, 1994); más importante aún es el hecho de que la medicación durante la TCC predice resultados menos favorables (Brown, Barlow, 1996).

El tratamiento de control de la angustia es una terapia basada en un manual y que incorpora muchas intervenciones de TCC ya mencionadas (p. ej., reestructuración cognitiva, control de la respiración, exposición interoceptiva y exposición *in vivo*; Craske, Barlow, Meadows, 2000). El tratamiento de control de la angustia es eficaz para reducir los síntomas del TA/TAA a corto y largo plazos (Barlow, 1990).

Los factores culturales quizá estén implicados en el TA/TAA; por ejemplo, la aceptación cultural quizá contribuya a explicar en parte las elevadas tasas de este trastorno en mujeres, en comparación con lo observado en los varones. Es decir, si bien en muchas culturas es aceptable que las mujeres manifiesten temor y evitación en ciertas situaciones, esto es menos permisible para los hombres. Los varones parecen afrontar más la ansiedad con alcohol y otras sustancias. De hecho, aunque las tasas de TA/TAA son semejantes entre afroestadounidenses y estadounidenses caucásicos, el primer grupo tiende a solicitar con mayor fre-

cuencia asistencia médica y a expresar mayor preocupación sobre la muerte. Las culturas hispanas reportan *ataques de nervios**, similares a la angustia, que con frecuencia coinciden también con sucesos estresantes (Rivera-Arzola, Ramos-Grenier, 1997); es importante señalar que dichos “ataques de nervios” son percibidos como aceptables desde el punto de vista cultural.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Arnow, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S., Telch, M. J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy*, 16, 452-467.
- Bandelow, B. (1999). *Panic and Agoraphobia Scale (PAS)*. Seattle, Washington: Hogrefe & Huber Publications.
- Barlow, D. H. (1990). Long-term outcome for patients with panic disorder treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 17-23.
- Basoglu, M. Marks, I. M., Kilic, C., Swinson, R. P., Noshirvani, H., Kuch, K. *et al.* (1994). Relationship of panic, anticipatory anxiety, agoraphobia and global improvement in panic disorder with agoraphobia treated with alprazolam and exposure. *British Journal of Psychiatry*, 164, 647-652.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. In: S. Rachman, J. D. Maser (Eds.). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Beck, A. T., Emery, C. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. S. (1992). *Focused cognitive therapy (FCT) for panic disorder*. Filadelfia: Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania.
- (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Newman, C. F., Beck, J. S. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 329-345.
- Brown, T. A., Antony, M. M., Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in

*N. del T.: En castellano en el original.

- panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- Brown, T. A., Barlow, D. H. (1996). Long-term outcome in cognitive behavioral treatment of panic disorders: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Carter, M. M., Turovsky, J., Barlow, D. H. (1994). Interpersonal relationships in panic disorder with agoraphobia: A review of empirical evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1, 25-34.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracely, E. J., Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Chernen, L., Friedman, S. (1993). Treating the personality disordered agoraphobic patient with individual and marital therapy: A multiple replication study. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 163-177.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research & Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In: P. M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 318-344). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Öst, L. G., Bretholtz, E. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Cox, B. J., Norton, G. R., Swinson, R. P. (1992). *Panic Attack Questionnaire Revised*. Toronto, Ontario: Clarke Institute of Psychiatry.
- Craske, M. G., Barlow, D. H., Meadows, E. (2000). *Master your own anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia (MAP-3)*. San Antonio, Texas: Graywind/Psychological Corporation.
- Edelman, R. E., Chambless, D. L. (1993). Compliance during sessions and homework in exposure-based treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 767-773.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L. et al. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 891-898.

- Hoffart, A. (1993). Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 75-91.
- Hoffart, A. (1995a). A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 423-434.
- (1995b). Cognitive mediators of situation fear in agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 313-320.
- (1998). Cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia: Long-term outcome and mechanisms of change. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 195-207.
- Hoffart, A., Friis, S., Martinsen, E. W. (1989). The Phobic Avoidance Rating Scale: A psychometric evaluation of an interview-based scale. *Psychiatric Developments*, 1, 81.
- Kamphuis, J. H., Telch, M. J. (1998). Texas Safety Maneuver Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 177-186.
- Katerndahl, D. A., Realini, J. P. (1993). Lifetime prevalence of panic states. *American Journal of Psychiatry*, 150, 246-249.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuch, K. (1994). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 787.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavioral modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Neron, S., Lacroix, D., Chaput, Y. (1995). Group vs. individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An open clinical trial with a six month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27, 379-392.
- Öst, L. G., Westling, B. E., Hellstroem, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383-394.
- Peterson, R. A., Reiss, S. (1993). *Anxiety Sensitivity Index*. Worthington, Ohio: IDS Publishing Corporation.
- Peveler, R. C., Johnston, D. W. (1986). Subjective and cognitive effects of relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 413-419.
- Rachman, S. (1984). Agoraphobia—A safety-signal perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 59-70.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Barlow, D. H. (1995). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: The Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety*, 1, 114-122.

- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the predictions of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1-8.
- Rivera-Arzola, M., Ramos-Grenier, J. (1997). Anger, ataques de nervios, and la mujer puertorriquena: Sociocultural considerations and treatment implications. In: J. Garcia, M. C. Zea (Eds.). *Psychological interventions and research with Latino populations* (pp. 125-141). Boston: Allyn and Bacon.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453-548.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A., Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 559-574.
- Sanderson, W. C., Raue, P. J., Wetzler, S. (1998). The generalizability of cognitive behavior therapy for panic disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 12, 323-330.
- Sartory, G., Master, D., Rachman, S. (1989). Safety-signal therapy in agoraphobics: A preliminary test. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 205-209.
- Sbrocco, T. Weisberg, R. B., Barlow, D. H., Carter, M. M. (1997). The conceptual relationship between panic disorder and male erectile dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 212-220.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., Trakowski, J. H. (1997). Body vigilance in panic disorder: Evaluating attention to bodily perturbations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 214-220.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Sholomskas, D. E., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Woods, S. W. et al. (1992). *Panic Disorders Severity Scale*. Pittsburgh, Pennsylvania: Department of Psychiatry, University of Pittsburgh Medical School.
- Taylor, S., Cox, B. J. (1998a). An expanded anxiety sensitivity index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-483.
- Taylor, S., Cox, B. J. (1998b). Anxiety sensitivity: Multiple dimensions and hierarchic structure. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 37-51.
- van den, H. M., Arntz, A., Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447-451.
- van Hout, W. J. P. J., Emmelkamp, P. M. G., Koopmans, P. C., Boegels, S. M., Bouman, T. K. (2001). Assessment of self-statements in agoraphobic situations: Construction and psychometric evaluation of the Agoraphobic Self-Statements Questionnaire (ASQ). *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 183-201.

- Williams, S. L. (1990). Guided mastery treatment of agoraphobia: Beyond stimulus exposure. *Progress in Behavior Modification*, 26, 89-121.
- Yonkers, K. A., Zlotnick, C., Allsworth, J., Warshaw, M., Shea, T., Keller, M. B. (1998). Is the course of panic disorder the same in women and men? *American Journal of Psychiatry*, 155, 596-602.

Trastorno de ansiedad generalizada

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación patológica que va de un tema a otro. La gente con TAG atiende de forma selectiva los estímulos personalmente amenazadores y, por lo general, anticipa resultados negativos a pesar de que exista una escasa probabilidad de que eso ocurra. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y preocupación no corresponden con la posibilidad o efectos reales del suceso temido. Tan sólo mencionar que es improbable la ocurrencia del acontecimiento temido, por lo general no altera la idea de la persona.

El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) define el TAG como ansiedad y preocupación excesivos que se manifiestan más días de los que no se presentan, al menos durante seis meses, y respecto de diversos sucesos o actividades (p. ej., desempeño laboral o académico). A la persona con TAG se le dificulta controlar su preocupación. Tres o más de los síntomas siguientes también deben estar presentes durante el mismo periodo: inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño. El centro de atención de la ansiedad y preocupación no se limita a las características de un trastorno de Eje I, y la perturbación no se debe a efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., cocaína) ni a alguna enfermedad médica general. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o daño clínicamente significativos en áreas importantes del funcionamiento (p. ej., sociales o laborales).

Los adultos con TAG a menudo se preocupan por circunstancias cotidianas, como posibles responsabilidades laborales, financieras, de salud o de miembros de la familia, que algo les pase a sus hijos, así como asuntos menores (p. ej., faenas del hogar, reparaciones del automóvil o llegar tarde a las citas). Si bien el contenido de las inquietudes es similar entre quienes padecen TAG y las poblaciones no clínicas, la de los primeros es más profunda. Algunas características asociadas con este trastorno de ansiedad son el afecto negativo, disfunciones somáticas o sexuales, y un estilo de personalidad ansioso o dependiente.

En una muestra comunitaria, la tasa de prevalencia a un año de TAG fue aproximadamente de 3%, y la prevalencia a lo largo de la vida, de 5%. En las clínicas de trastornos de ansiedad, cerca de 12% de los individuos presenta TAG, lo que representa el trastorno más común. Sin embargo, menos de 25% de los pacientes con TAG recibe tratamiento. Las mujeres tienden a mostrar un mayor riesgo de manifestar TAG (en una proporción de 2.5:1 respecto de los varones).

Muchos individuos con TAG informan que se han sentido ansiosos y nerviosos toda la vida. Más o menos la mitad de quienes solicitan tratamiento reporta la aparición de los síntomas durante la infancia o adolescencia. No obstante, el surgimiento del TAG también ocurre en la edad adulta, por lo general después de sucesos estresantes. El curso es crónico, pero empeora durante épocas de estrés, y es poco probable que desaparezca por sí solo (Yonkers, Warshaw, Massion, Keller, 1996). El perjuicio psicosocial en personas con TAG es significativo (Jones, Ames, Jeffries, Scarinci, Brantley, 2001).

Aspectos del diagnóstico diferencial

Si bien la preocupación es un componente básico de todos los trastornos de ansiedad y de otros del Eje I, la que se presenta en el TAG es más amplia, frecuente, excesiva e incontrolable. En contraste, el *trastorno de angustia* se caracteriza por la preocupación de experimentar una crisis de angustia con más de un foco de atención interno, en comparación con el TAG, en el que la atención se centra en acontecimientos externos y futuros. La *fobia social* está concentrada de manera específica hacia el temor de que los demás valoren negativamente a la persona o la avergüencen. En el *trastorno obsesivo-compulsivo* las obsesiones van dirigidas a una preocupación específica (p. ej., miedo a contaminarse). La raíz del temor en el *trastorno por estrés postraumático* está relacionada con un suceso traumático específico que se revive. En contraste con el TAG, la *anorexia nervosa* se distingue por el temor a subir de peso. El *trastorno de somatización* se caracteriza por múltiples quejas físicas, mientras que la *hipocondría* implica un temor de padecer una enfermedad grave. En los trastornos del estado de ánimo

(p. ej., *trastorno depresivo mayor, distimia*), las rumiaciones son a menudo pensamientos negativos acerca del pasado, en comparación con el TAG, en el que se dirigen más hacia el futuro.

Aspectos de comorbilidad

En muestras comunitarias, 90% de quienes padecen TAG sufre otros trastornos psiquiátricos, y 75% cumple los criterios de otro trastorno de ansiedad o del estado de ánimo; 42% padece depresión mayor o distimia. El abuso de sustancias se presenta en 16% de los individuos con TAG. Los índices de trastornos de personalidad comórbidos se calculan en 50% y abarcan trastornos de la personalidad por evitación, trastornos de la personalidad por dependencia y, con mayor frecuencia, obsesivo-compulsiva.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Existen varias medidas distintas para evaluar diversos aspectos del TAG. En Antony, Orsillo y Roemer (2001), el lector encontrará una reseña de dichas herramientas de evaluación.

Evaluaciones clínicas

- *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version* (DiNardo, Brown, Barlow, 1994; *Entrevista Estructurada para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV: Versión a lo largo de la Vida*). Con base en el DSM-IV, evalúa los diagnósticos presentes y pasados de ansiedad, estado de ánimo y consumo de sustancias.

Evaluaciones conductuales

- *Self-Monitoring* (Automonitoreo; p. ej., Leahy, Holland, 2000). Permite la evaluación *in vivo* del grado de ansiedad y afecto negativo, pensamientos asociados con la angustia, cogniciones durante la preocupación y el tiempo invertido en ella.

Instrumentos autoaplicables

- *Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV* (Newman *et al.*, 2002; *Cuestionario para el Trastorno de Ansiedad Generalizada*). Ofrece una autoevaluación diagnóstica del TAG con criterios del DSM-IV.
- *Penn State Worry Questionnaire* (Meyer, Miller, Metzger, Borkovec, 1990; *Cuestionario de Preocupación de Penn State*). Mide la intensidad (no el contenido) de la preocupación patológica.
- *Worry Domains Questionnaire* (Tallis, Eysenck, Mathews, 1992; *Cuestionario de Áreas de la Preocupación*). Estima el grado de preocupación de un individuo acerca de las siguientes áreas: relaciones, falta de confianza, futuro sin objetivos claros, trabajo y finanzas personales.
- *Worry Scale for Older Adults* (Wisocki, 1988; *Escala de Preocupación para Adultos Mayores*). Valora el grado de preocupación que experimentan los adultos mayores en relación con asuntos sociales, financieros y de salud.
- *Depression Anxiety Stress Scale* (Lovibond, Lovibond, 1995; *Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés*). Ofrece una valoración específica de cogniciones y grados de estrés/tensión.

Metas de resultados finales

Las metas de resultados finales al trabajar con individuos con TAG son disminuir la preocupación, la dificultad para controlarla y la angustia debido a ella. Un propósito importante es comprender mejor la preocupación, así como la diferencia entre la inquietud benéfica y la poco constructiva. Debido a que en el TAG predomina la inflexibilidad del afrontamiento, el tratamiento pretende reducir las restricciones que implican dichos síntomas en la vida diaria. De modo que son básicas las medidas para mejorar la calidad de vida y las habilidades de afrontamiento, así como la capacidad del individuo para ver el mundo de otra manera. También debe intentarse la reducción del afrontamiento desadaptativo de los síntomas del TAG (p. ej., abuso de sustancias). Otra meta final quizá sea aminorar el afecto negativo asociado al TAG. Además, debido a que el TAG afecta de manera significativa y negativa numerosas facetas de la vida del individuo, la terapia tal vez se encamine a mejorar las relaciones sociales, así como el desempeño ocupacional y académico.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre éstos se encuentran los siguientes:

- Alterar las metacogniciones desadaptativas.
- Disminuir la intolerancia a la incertidumbre.
- Reducir el comportamiento evitativo.
- Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad.

Meta 1: Alterar las metacogniciones desadaptativas

Wells (1995) distinguió dos tipos de preocupaciones en las personas con TAG: las de tipo 1 se refieren a cuestiones externas (p. ej., situaciones amenazadoras) e internas (p. ej., sensaciones somáticas); en cambio, las de tipo 2 implican metacogniciones acerca de la preocupación, las cuales se refieren a las percepciones propias acerca de la función de los pensamientos y sensaciones relacionados con la preocupación. Ambos tipos se relacionan entre sí en tanto el tipo 1 estimula el esquema de la preocupación (es decir, el tipo 2), el cual, a su vez, da por resultado una mayor preocupación tipo 1 (angustia, afecto negativo, síntomas somáticos). La preocupación patológica en el TAG se considera relacionada con el tipo 2 (Wells, Carter, 1999).

Wells (1995, 2002) describe que la importancia de las metacogniciones radica en que perpetúan la preocupación. De manera específica, los pacientes con TAG albergan ciertas ideas acerca de la función de tal inquietud. Dichas ideas en ocasiones implican una evaluación negativa de la preocupación que abarca un desempeño perturbador, exageración del problema y causa de angustia emocional (p. ej., “me voy a volver loco por inquietarme tanto”). Sin embargo, las ideas también pueden ser positivas. Así, los esquemas sobre la preocupación quizá representen aspectos benéficos de la misma que incluyan influencia motivacional, contribución al pensamiento analítico o a la preparación para algún suceso en potencia negativo, y un pensamiento mágico o supersticioso de que inquietarse *impide* que suceda dicho acontecimiento negativo (p. ej., “si me intranquilizo, ya no pasará nada malo”).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Anxious Thoughts Inventory* (Wells, 1994; *Inventario de Pensamientos de Ansiedad*). Evalúa la vulnerabilidad ante la preocupación ansiosa e incluye una subescala de metacogniciones acerca de la preocupación.

- *Consequences of Worrying Scale* (Davey, Tallis, Capuzzo, 1996; *Escala de Consecuencias de la Preocupación*). Estima las ideas acerca de las consecuencias negativas y positivas de la preocupación.
- *Why Worry Scale* (Freeston, Rheaume, Letarte, Dugas, Ladouceur, 1994; *Escala de Causas de la Preocupación*). Se enfoca sobre las razones por las cuales se preocupa la gente (p. ej., protección percibida de emociones negativas para evitar que ocurra un suceso negativo).

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.
- Terapia de ampliación de conciencia.

Reestructuración cognitiva. Los pacientes con TAG a menudo no están conscientes de las ideas que albergan sobre la preocupación. La reestructuración cognitiva (p. ej., Beck, Emery, Greenberg, 1985) se centra primero en identificar los pensamientos automáticos distorsionados (p. ej., “va a pasar algo terrible”) y suposiciones disfuncionales (p. ej., “si me preocupo, nada malo va a ocurrir”). En consecuencia, se determinan y alteran las ideas básicas (p. ej., “nada puedo hacer”). Se instruye a los pacientes a identificar las distorsiones cognitivas (catastrofismo, generalizaciones, adivinaciones, pensamiento dicotómico, desechar lo positivo) y remplazarlos con ideas más adaptativas. Es importante educar al paciente respecto de la forma como los pensamientos que no son sometidos a análisis en verdad perpetúan la preocupación (p. ej., “por si acaso pasa algo malo, tengo que prepararme estando inquieto”). Debe enseñarse a los pacientes a revalorar sus ideas respecto de la inutilidad de tales inquietudes.

La reestructuración cognitiva se concentra en desarrollar múltiples perspectivas opcionales más que en el mero acontecimiento negativo temido. Esto implica enseñar a los individuos con TAG a alterar el procesamiento distorsionado de información. Los pacientes entienden que es la *interpretación* de circunstancias amenazadoras, y no las circunstancias mismas, lo que causa la angustia. Además, se les enseña a evaluar de forma racional la *probabilidad* real, en comparación con la *posibilidad* real, de que ocurra un suceso temido.

Al aplicar la reestructuración cognitiva, es importante no tratar de minimizar el carácter catastrófico de los acontecimientos temidos; por ejemplo, si una paciente teme que su esposo fallezca en un accidente automovilístico de camino a casa, el terapeuta no debe intentar convencerla de que eso no es una tragedia. En cambio, esta táctica de tratamiento debe abordar la probabilidad de que ocurra el evento temido, así como las suposiciones desadaptativas acerca de la preocupación (p. ej., “si me preocupo, todo va a estar bien”).

Las actividades en casa son un componente importante de toda intervención de terapia cognitivo-conductual. Leahy (2002) ofrece sugerencias útiles para aumentar la adherencia a estas actividades con técnicas de reestructuración cognitiva como facilitar la identificación de pensamientos automáticos capaces de entorpecer la realización completa de las actividades en casa, alejar la atención excesiva a sensaciones negativas y alterar las ideas metacognitivas acerca de los beneficios de preocuparse.

Terapia de resolución de problemas. El medio principal de afrontamiento en el TAG es la preocupación de tipo 1, que se perpetua mediante metacogniciones referentes a la preocupación. “Ir de preocupación en preocupación” opera para limitar la capacidad del paciente con TAG de comprender con claridad la naturaleza de los problemas estresantes que necesitan resolverse (Steber, Borkovec, 2002). Además, los pacientes a menudo no saben qué más hacer aparte de inquietarse. Así, la terapia de resolución de problemas (D’Zurilla, Nezu, 1999; Nezu, en prensa), misma que pone un hincapié particular en ayudar a los pacientes a que definan mejor sus problemas y en generar soluciones alternas, contribuye a que establezcan respuestas de afrontamiento más adaptativas.

Terapia de ampliación de conciencia. Con el impulso de las metacogniciones sobre la preocupación, los pacientes con TAG pasan mucho tiempo preocupándose por el futuro. Roemer y Orsillo (2002) recomiendan la terapia de ampliación de conciencia como un componente importante de un plan general de tratamiento para personas con TAG. Al retomar algunos puntos de la terapia de aceptación y compromiso (TAC) (Hayes, Pankey, Gregg, 2003), Roemer y Orsillo promueven intervenciones que permitan que el paciente *acepte* el presente en lugar de preocuparse por lo que *pueda* pasar. Destacan la psicoeducación en relación con las ideas acerca de la preocupación, el entrenamiento de relajación, la exposición y la “acción conciente” (p. ej., resolución de problemas y establecimiento de metas positivas) para disminuir la preocupación y las ideas acerca de ella, así como aumentar la probabilidad de alcanzar metas positivas a largo plazo.

Meta 2: Disminuir la intolerancia a la incertidumbre

Los pacientes con TAG reportan mayor intolerancia a la incertidumbre que quienes padecen otros trastornos de ansiedad (Dugas, Ladouceur, Freeston, 1998); dicha intolerancia guía el procesamiento de información que propaga la preocupación (Freeston *et al.*, 1994). Ladouceur y colaboradores (Ladouceur *et al.*, 2000) la consideran como un elemento básico del TAG. Aunque estén relacionados, la intolerancia a la incertidumbre es un concepto distinto al de la preocupación (Ladouceur, Talbot, Dugas, 1997).

Los pacientes con TAG se preocupan para disminuir la incertidumbre acerca del futuro e impulsar un falso sentido de control (p. ej., “si me preocupo por-

que mi esposo llegue bien a casa, lo hará”). Aunque estos individuos reconozcan la escasa probabilidad de que suceda el suceso traumático temido, su inquietud sirve para disminuir por un tiempo su ansiedad, pues se le percibe como algo que *pueden* hacer respecto de la incertidumbre. Las personas con TAG se preocupan de modo consistente acerca de sucesos *futuros* y centran su atención en estímulos amenazadores, los cuales interpretan como indicadores de peligros por venir. Esta orientación al futuro origina que el paciente con TAG se prepare (p. ej., emocional y físicamente) para el peligro previsto. Así, la preocupación opera como mecanismo de afrontamiento cuando se experimenta esta falta de tolerancia a la incertidumbre. Tome como ejemplo al paciente que se preocupa (sin fobia) por volar, a pesar de conocer la seguridad de la aviación (p. ej., “ya sé que hay una probabilidad de uno en un millón de que se estrelle el avión, pero si me preocupo estaré preparado”). Esto genera una activación crónica, un afecto negativo y un sentimiento de pérdida de control, todo lo cual aumenta la respuesta de la preocupación. Barlow (2002) describe este fenómeno como el “ciclo de la aprehensión ansiosa”.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Intolerance of Uncertainty Scale* (Freeston et al., 1994; *Escala de intolerancia a la incertidumbre*). Evalúa la intolerancia a la incertidumbre, incluso las consecuencias emocionales y conductuales de la falta de certeza, las expectativas de que el futuro es predecible y los intentos de controlarlo.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de resolución de problemas.
- Automonitoreo.
- Control de estímulos.

Terapia de resolución de problemas. La intolerancia a la incertidumbre lleva a percibir problemas que en realidad no existen y a la consecuente instrumentación de habilidades ineficaces de resolución de los mismos. Así, la gente con TAG se caracteriza por una orientación negativa de los problemas; esto último se refiere a la visión del mundo del individuo acerca de los problemas y a las capacidades con que cuenta para resolverlos (Nezu, en prensa). Para la gente con TAG, esta predisposición implica una dificultad para percibir las dificultades cuando en verdad ocurren, atribuciones inexactas acerca de sus causas, sobreestimación de la amenaza que representan, falta de control percibida sobre ellas, así como un menor compromiso de tiempo y esfuerzo dedicados a abordar los problemas de manera eficaz.

La intolerancia a la incertidumbre es un factor significativo de la orientación negativa del problema (Dugas, Freeston, Ladoceur, 1997), y al presentarse ambos sirven para distinguir a la gente con TAG de las muestras no clínicas (Ladoceur, Blais, Freeston, Dugas, 1998). Se ha descubierto que una orientación negativa del problema es un predictor significativo de preocupación (Dugas *et al.*, 1997), y en general se relaciona con habilidades desadaptativas de resolución de problemas (p. ej., Dugas, Letarte, Rheaume, Freeston, 1995).

Debido a esta asociación entre la preocupación y una orientación negativa del problema, la terapia de resolución de problemas (D'Zurilla, Nezu, 1999; Nezu, en prensa) quizá sea aconsejable para el paciente con TAG.

Automonitoreo. Además de su valiosa función como procedimiento de evaluación, el automonitoreo es un componente importante de un plan general de tratamiento al trabajar con pacientes con TAG (Brown, O'Leary, Barlow, 2001). Se enseña a los pacientes a identificar las señales o estímulos que desatan la ansiedad, los pensamientos asociados con tales señales y sus reacciones a ellas. Las señales quizá sean internas (pensamientos, sensaciones físicas) o externas (sucesos estresantes). El automonitoreo no sólo ofrece a los terapeutas más información sobre los síntomas, sino también sirve para que los pacientes conozcan más de sus preocupaciones (p. ej., cómo se relaciona la preocupación con su sentido reducido de tolerancia). Con este conocimiento incrementado disminuye la sensación de incertidumbre y aumenta la percepción de control.

Control de estímulos. Al tratar a pacientes con TAG, un protocolo de control de estímulos implica hacerlos controlar las circunstancias en las cuales surge la preocupación (es decir, cuándo y cómo). Se instruye a los pacientes a que reserven un lapso y lugar específicos para inquietarse. Las preocupaciones se retrasan hasta la hora programada, momento en el cual se asigna al paciente la labor de estar intranquilo. La demora de la preocupación permite que los pacientes se den cuenta de que ésta no constituye una estrategia de afrontamiento necesaria para lidiar con su intolerancia a la incertidumbre. Con el control de estímulos, los pacientes a menudo reportan una necesidad menor de preocupación y una mayor capacidad para evitarla.

Meta 3: Reducir el comportamiento evitativo

La preocupación sirve (si bien de manera desadaptativa) como mecanismo de afrontamiento para pacientes con TAG. Borkovec y colaboradores (p. ej., Borkovec, 1994; Borkovec, Inz, 1990) conciben a la preocupación como un método de evitar el afrontamiento. Tal evasión quizá adopte la forma de *a) evitación supersticiosa percibida* o *b) evitación experiencial*. Respecto de la primera, como ya

se mencionó, los individuos con TAG a menudo manifiestan un pensamiento mágico o supersticioso, según el cual el acto de preocuparse evita futuros sucesos negativos.

La evitación experiencial (o evitación de angustia interna) es otro método como los individuos con TAG emplean la evitación del afrontamiento, y se manifiesta de diversas maneras. Por ejemplo, los individuos quizá intenten suprimir la preocupación; sin embargo, de modo irónico, se ha demostrado que hacer esto *aumenta* la angustia. Ir de una inquietud a otra, más que procesar una preocupación específica, es otra forma de evasión experiencial. Además, afligirse por sucesos insignificantes permite al individuo evitar asuntos más angustiantes, como cogniciones y emociones negativas acerca del propio autoconcepto negativo.

A pesar de las disminuciones de angustia a corto plazo, a largo plazo la evitación tiene consecuencias negativas, pues inhibe el procesamiento emocional, mismo que constituye una experiencia necesaria para alcanzar la reducción duradera de ansiedad (Foa, Kozak, 1986). Además, la evitación experiencial de la angustia interna genera una tensión interna crónica y otros síntomas somáticos.

La evitación da por resultado un reforzamiento negativo de la preocupación de diversas formas. En primer lugar, evitar la preocupación disminuye por un tiempo la activación somática e inhibe el procesamiento emocional del suceso temido; en segundo, debido a que la preocupación se basa en un acontecimiento improbable que por lo general no ocurre, los pacientes con TAG a menudo atribuyen dicha ausencia de cumplimiento del suceso temido como feliz consecuencia de su preocupación evasiva. Además del reforzamiento, el afrontamiento de la preocupación se fortalece más mediante la relación cíclica entre preocupación y evitación (es decir, la evitación es una reacción ante la preocupación e instigadora de ella).

Además de la evasión, más de 50% de los pacientes con TAG manifiesta algunos “comportamientos de preocupación” (es decir, conductas correctivas, preventivas o rituales cuyo propósito es disminuir o evitar la angustia; Craske, Rapee, Jackel, Barlow, 1989). Algunos comportamientos de preocupación incluyen la evasión, como no escuchar en el radio los reportes de tráfico por temor a que ello cause un accidente al ser querido.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Subjective Units of Distress Scale (SUDS; Escala de Unidades Subjetivas de Angustia)*. Evalúa el grado autoinformado de angustia fisiológica o psicológica de los pacientes, por lo general en una escala de 0 (sin angustia en absoluto) a 100 (la mayor angustia que han sentido jamás).
- *Behavioral Avoidance Test (BAT; Prueba de evitación conductual)*. Jerarquía de estímulos evitados ajustada al paciente; se aplica junto con la SUDS.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de exposición.
- Ensayos conductuales.
- Estrategias interpersonales.

Terapia de exposición. A diferencia de otros trastornos de ansiedad en los que la evitación *conductual* es más visible, la evitación en los pacientes con TAG se caracteriza por evitar *cogniciones*. La exposición para quienes padecen TAG pretende contemplar por completo los pensamientos temidos y experimentar la ansiedad resultante. Como en toda terapia de exposición, el paciente debe comprender a cabalidad el propósito de habituarlo a los pensamientos problemáticos. La exposición se presenta también como una oportunidad de aplicar otras habilidades aprendidas (p. ej., reestructuración cognitiva). Se ha demostrado que la terapia de exposición es un componente eficaz del tratamiento al trabajar con el TAG (Borkovec, Costello, 1993).

Para llevar a cabo la exposición en el TAG, los pacientes primero identifican dos o tres preocupaciones previstas. Se determinan imágenes vívidas (cogniciones, emociones, comportamientos) para cada situación. Después se pide al paciente que se concentre en la preocupación y sus imágenes correspondientes durante un periodo de 25 a 30 minutos, el cual le permite experimentar sus temores. Después de la exposición viene la sesión informativa, en la cual el individuo analiza y procesa lo que le hace sentirse ansioso. Si el paciente no accede a la terapia de exposición, el terapeuta incrementa su adhesión al modelar el protocolo de exposición, con el fin de fomentar el empleo de autodeclaraciones de afrontamiento positivas y de enseñarle a usar la “proyección temporal” (p. ej., “¿cómo se sentirá en una hora después de hacer esto?”).

Ensayos conductuales. Como ya se mencionó, las preocupaciones se refuerzan por la ausencia del suceso catastrófico temido, junto con la evitación y el pensamiento supersticioso. Similares a la exposición, los ensayos conductuales (o comprobación de hipótesis) facilitan tanto la experiencia del temor como la desconexión entre la preocupación y la no ocurrencia del suceso temido. Se enseña a los pacientes a ver sus pensamientos como *hipótesis*, no como hechos, para las cuales se busca evidencia que las apoye o las descarte. Se instruye a los pacientes a definir con claridad sus ideas acerca de las consecuencias percibidas de la prevención de la respuesta. Después se les pide que comprueben la veracidad de sus ideas cuando *no* manifiestan sus comportamientos de evitación o preocupación. Acto seguido, el individuo valora el resultado real en comparación con el predicho: por ejemplo, se instruye a quien teme que leer los obituarios en verdad *cause* la muerte de un ser querido a que lea los obituarios y después evalúe las consecuencias.

Estrategias interpersonales. Los individuos con TAG a menudo se distancian de los demás en un intento por evitar críticas o rechazo que temen pudieran ocurrir si se acercan a la gente. La evitación del afrontamiento resultante desgasta las relaciones e impide el desarrollo de otras relaciones potenciales. Se ha demostrado que en el TAG las preocupaciones a menudo giran en torno a las relaciones interpersonales (Breitholtz, Johansson, Öst, 1999). Además, las dificultades interpersonales persistentes predicen resultados deficientes en la terapia cognitivo-conductual (Borkovec, Newman, Pincus, Lytle, 2002). El entrenamiento en habilidades sociales, asertividad y facilidad de comunicación mejora las interacciones interpersonales. Newman y colaboradores elaboraron una extensa intervención llamada terapia integrativa, un tratamiento que incorpora procedimientos interpersonales, de terapia cognitivo-conductual y factores empíricos (Newman, Castonguay, Borkovec, 2003). Además, en un intento por disminuir la evitación interpersonal y mejorar las relaciones interpersonales, la terapia se aplica junto con compañeros que contribuyen a abordar las relaciones deterioradas.

Meta 4: Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad

Los síntomas físicos de la TAG se relacionan menos con la activación del sistema nervioso simpático (p. ej., ritmo cardíaco elevado) y se experimentan más como tensión muscular. Los síntomas somáticos asociados quizá incluyan inquietud, intranquilidad, irritabilidad, dificultad para dormir, fatiga y dificultad para concentrarse. Además, algunas enfermedades médicas se asocian con la TAG, como dolor de pecho (Carter, Maddock, 1992) y el síndrome de intestino irritable (Tollefson, Tollefson, Pederson, Luxenberg, 1991). De hecho, la gente con TAG solicita mayor asistencia médica en comparación con el público general (Roy-Byrne, Katon, 1997).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Leahy Anxiety Checklist* (Leahy y Holland, 2000; *Lista de Ansiedad de Leahy*). Evalúa diversos síntomas somáticos asociados con la ansiedad.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de relajación.
- Desensibilización de autocontrol.
- Entrenamiento en higiene para dormir.

Entrenamiento de relajación. Se enseñan varios tipos de habilidades de relajación para que los pacientes reduzcan los síntomas somáticos asociados con el TAG. La relajación muscular progresiva, respiración diafragmática, imágenes positivas guiadas, meditación y biorretroalimentación son algunas técnicas de relajación. Debido a que los pacientes con TAG a menudo informan dificultad para relajarse, deben presentarse y practicarse con frecuencia diversas técnicas para disminuir la tensión (es decir, tanto en las sesiones como fuera de ellas). Se ha descubierto que el entrenamiento de relajación es un tratamiento eficaz para los síntomas del TAG (Öst, Breitholtz, 2000).

Sin embargo, es importante observar que para algunos pacientes con TAG la relajación produce un paradójico *incremento* de ansiedad. En el caso de estos individuos, la relajación intensifica su percepción de falta de control, lo que genera mayor preocupación y angustia somática. Además, en lugar de ser capaces de relajarse, algunos pacientes pasan el tiempo de tranquilidad pensando una y otra vez en sus mortificaciones. Debido a que los individuos con TAG son a menudo perfeccionistas, las perturbaciones como “¿estoy haciendo bien esto?” reducen aún más la respuesta de la relajación. Para prevenir algunos posibles efectos adversos del entrenamiento de relajación, el terapeuta debe proceder con cautela, recordando a los pacientes su control durante las inducciones y explicándoles que la relajación no es “correcta” o “incorrecta”, sino un proceso que progresa con el tiempo y la práctica.

Desensibilización de autocontrol. La desensibilización de autocontrol de Goldfried (1971) conlleva aplicar la relajación junto con los pensamientos e imágenes propios de la preocupación. Sin embargo, a diferencia de la desensibilización sistemática tradicional, no es necesaria una jerarquía detallada del temor. Los pacientes identifican las situaciones y señales que provocan ansiedad (físicas, cognitivas, conductuales y externas) que, a su vez, se clasifican como leves, moderadas o graves. Una vez que aprenden la relajación muscular progresiva, se les instruye para que efectúen esta habilidad de manejo del estrés cuando imaginen dichas situaciones estresantes. Los pacientes alternan entre la visualización de la situación estresante y la aplicación de la respuesta de relajación. La desensibilización de autocontrol permite la extinción de la ansiedad, además de ser una forma de practicar las recién adquiridas habilidades adaptativas de afrontamiento.

Entrenamiento en higiene para dormir. Las perturbaciones del sueño se asocian a menudo con el TAG y generan dolencias físicas (rigidez muscular, dificultad para concentrarse). El entrenamiento conductual en higiene para dormir ayuda a recuperar el sueño (Leahy, Holland, 2000). En primer lugar, se instruye a los pacientes para que elaboren un programa de sueño regular (es decir, acostarse y levantarse diario a la misma hora, incluso los fines de semana). En un intento por establecer una correspondencia condicionada entre la cama y el sueño, la

cama sólo se usa para dormir y tener relaciones sexuales (no para leer ni ver la televisión). Después se indica al individuo a que no *intente* dormirse, pues esto aumenta la ansiedad y, paradójicamente, reduce la probabilidad de conciliar el sueño; en cambio, deben concentrarse en relajarse. Es importante limitar la ingestión de líquidos —en particular cafeína y alcohol— antes de acostarse, a fin de evitar la urgencia de levantarse al baño. Si no se duerme antes de 15 minutos desde que se acostó, la recomendación es que se levante de nuevo. En ese momento, se pide al individuo que identifique pensamientos automáticos (p. ej., “nunca me voy a dormir y no voy a poder hacer nada mañana”) y después enfrentar dichas distorsiones cognitivas. Por último, se enseña a los pacientes a no esperar resultados inmediatos.

Metas adicionales de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

- *Mejorar las habilidades del manejo del tiempo.* Debido a que los pacientes con TAG a menudo se sienten abrumados y “fuera de control” debido a obligaciones percibidas como “traídas” por la preocupación, el entrenamiento en el manejo del tiempo es una intervención útil. Se enseña al paciente a delegar responsabilidades, a ser firme cuando resulta conveniente (p. ej., a decir “no”) y a adherirse a un programa predeterminado. Además, reciben la exhortación de elaborar una lista de tareas prioritarias (p. ej., “debe estar listo en esta semana” contra “terminarlo si se puede”).
- *Disminuir el estrés cotidiano general.* El estrés de la vida cotidiana agrava la ansiedad generalizada. A menudo, la gente con TAG es capaz de funcionar razonablemente bien hasta que experimentan sucesos estresantes. El entrenamiento autoinstruccional, la terapia de resolución de problemas, el entrenamiento de relajación, el manejo del tiempo y la activación conductual contribuyen a reducir el estrés.
- *Aumentar la eficiencia propia.* Los individuos con TAG a menudo presentan una baja eficiencia, lo que contribuye a un afecto negativo, a un menor control percibido y a la perpetuación de la preocupación patológica. Las intervenciones del tipo de la reestructuración cognitiva, la terapia de resolución de problemas y las imágenes positivas guiadas, ayudan a mejorar la eficiencia y aumentar los beneficios de otras intervenciones de terapia cognitivo-conductual.
- *Disminuir la necesidad de benzodicepinas.* Es común que los pacientes con TAG consuman benzodicepinas prescritas por el médico, las cuales son muy adictivas y plantea riesgos significativos si se consume durante periodos prolongados (Persons, Mennin, Tucker, 2001). Mientras

que tanto la terapia cognitivo-conductual como los fármacos son por igual útiles en el corto plazo, los beneficios a largo plazo de la primera son significativamente mayores que la medicación (Gould, Otto, Pollack, Yap, 1997). Más aún, se ha demostrado que la terapia cognitivo-conductual da por resultado un consumo mucho menor de benzodicepinas después de la intervención (Barlow, Rapee, Brown, 1992). Así, la terapia de exposición, la reestructuración cognitiva y la terapia de resolución de problemas contribuyen a reducir la necesidad de benzodicepinas. Desde luego, es vital trabajar junto con el médico que receta esos medicamentos para que supervise la reducción y suspensión de dichas recetas.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Los metaanálisis demuestran que la terapia cognitivo-conductual para el TAG produce mejoras significativas que perduran al menos un año después de terminado el tratamiento (Borkovec, Whisman, 2003). La terapia cognitivo-conductual da por resultado que 77% de los participantes dejen de presentar los criterios de diagnóstico del TAG (Ladouceur *et al.*, 2000). Parece que el cambio cognitivo general es un predictor particularmente sólido de resultados benéficos del tratamiento (Chambless, Gillis, 1993). Tal cambio se facilita mediante las técnicas cognitivas y conductuales ya descritas.

Como ya se mencionó, el TAG a menudo se presenta con trastornos comórbidos que contribuyen al mantenimiento de otros trastornos de ansiedad (Roy-Byrne, Katon, 1997). Barlow (2002) concibe un componente central del TAG, la aprehensión a la ansiedad, como un factor contribuyente a todos los demás trastornos emocionales. El sustento de lo anterior proviene del hallazgo de que la terapia cognitivo-conductual que pretende reducir el TAG, también logra reducir los síntomas de otros trastornos comórbidos (Borkovec, Abel, Newman, 1995).

Es interesante observar que el TAG es el trastorno de ansiedad más común en individuos de edad avanzada, con tasas de predominio de 4.6 a 7.1%. Si bien el TAG tiene los mismos criterios de diagnóstico a lo largo de la edad adulta, la preocupación en la edad avanzada con frecuencia se concentra más en la salud. El TAG a menudo se pasa por alto en el diagnóstico de los adultos mayores porque *a)* las quejas se refieren más a los síntomas físicos de la ansiedad, *b)* los adultos mayores por lo común solicitan tratamiento por conducto de su médico de cabecera y *c)* los adultos mayores tienden a pensar menos en términos psicológicos y describen su ansiedad como una simple “preocupación” más que como preocupación, además de que a menudo son renuentes a aceptar una explicación y tratamiento psicológicos para sus síntomas (Stanley, Novy, 2000). En consecuencia, al trabajar con adultos mayores, las intervenciones deben

centrarse en fomentar la adopción de un modelo biopsicosocial. Además, se ha sugerido que la agitación en pacientes adultos mayores demenciados puede ser una expresión del TAG, en el que la agitación física parece responder bien a las intervenciones conductuales (Mintzer, Brawman-Mintzer, 1996).

Además de la edad, deben considerarse los factores culturales al trabajar con pacientes que sufren TAG. Por ejemplo, para los individuos de origen chino, se ha descubierto que una combinación de terapia cognitiva y filosofía taoísta disminuye los síntomas de ansiedad y mejora el afrontamiento (Zhang *et al.*, 2002).

Por último, la tecnología puede facilitar la terapia cognitivo-conductual para pacientes con TAG. Por ejemplo, es factible emplear una computadora de mano tipo PDA* no sólo con propósitos de autosupervisión inmediata, sino también para ofrecer relajación, exposición a imágenes y reestructuración cognitiva (p. ej., Newman, Consoli, Taylor, 1999). Esto proporciona al paciente más tiempo de “terapia” sin terapeuta, y representa una importante adición a la evaluación y terapia convencionales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd. ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M., Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Borkovec, T. D. (1994). *The nature, functions, and origins of worry*. In: G. C. L. Davey, F. Tallis (Eds.). New York: Wiley.
- Borkovec, T. D., Abel, J. L., Newman, H. (1995). Effects of psychotherapy on comorbid conditions in generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 479-483.
- Borkovec, T. D., Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.

*N. del T.: Computadoras portátiles, tipo PALM.

- Borkovec, T. D., Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 153-158.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Borkovec, T. D., Whisman, M. (2003). Psychosocial treatment for generalized anxiety disorder. In: M. Mavissakalian, R. F. Prien (Eds.). *Anxiety disorders: Psychological and pharmacological treatments*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Breitholtz, E., Johansson, B., Öst, L. G. (1999). Cognitions in generalized anxiety disorder and panic disorder patients: A prospective approach. *Behaviour Research & Therapy*, 37, 533-544.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A., Barlow, D. H. (2001). Generalized anxiety disorder. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd. ed.) (pp. 154-208). New York: Guilford Press.
- Carter, C. S., Maddock, R. J. (1992). Chest pain in generalized anxiety disorder. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 22, 291-298.
- Chambless, D. L., Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397-402.
- Davey, G. C. L., Tallis, F., Capuzzo, N. (1996). Beliefs about the consequences of worrying. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 499-520.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Ladouceur, R. (1997). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 593-606.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 215-226.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rheaume, J., Freeston, M. H. (1995). Worry and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Foa, E. B., Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.

- Freeston, M. H., Rheaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Goldfried, M. R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 228-234.
- Gould, R. A., Otto, M. W., Pollack, M. H., Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Hayes, S. C., Pankey, J., Gregg, J. (2003). Acceptance and commitment therapy. In: R. DiTomasso, E. Gosch (Eds.). *Comparative treatments for anxiety disorders* (pp. 110-136). New York: Springer Publishing Co.
- Jones, G. N., Ames, S. C., Jeffries, S. K., Scarinci, I. C., Brantley, P. J. (2001). Utilization of medical services and quality of life among low-income patients with generalized anxiety disorder attending primary care clinics. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31, 183-198.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 139-152.
- Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H., Leger, E., Gagnon, F., Thibodeau, N. (2000). Efficacy of a cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: Evaluation in a controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 957-964.
- Ladouceur, R., Talbot, F., Dugas, M. J. (1997). Behavioral expressions of intolerance of uncertainty in worry. *Behavior Modification*, 21, 355-371.
- Leahy, R. L. (2002). Improving homework compliance in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 499-511.
- Leahy, R. L., Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford.
- Lovibond, P. F., Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Mintzer, J. E., Brawman-Mintzer, O. (1996). Agitation as a possible expression of generalized anxiety disorder in demented elderly patients: Toward a treatment approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 55-63.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D. (2003). Integrative therapy for generalized anxiety disorder. In: C. L. Hiember, C. L. Turk, D. S. Menhin (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press.

- Newman, M. G., Consoli, A. J., Taylor, C. B. (1999). A palmtop computer program for the treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Modification*, 23, 597-619.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T. *et al.* (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33, 215-233.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Öst, L. G., Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 777-790.
- Persons, J. B., Mennin, D. S., Tucker, D. E. (2001). Common misconceptions about the nature and treatment of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Annals*, 31, 501-507.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Roy-Byrne, P. P., Katon, W. (1997). Generalized anxiety disorder in primary care: The precursor/modifier pathway to increased health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (supl. 3), 34-38.
- Stanley, M. A., Novy, D. M. (2000). Cognitive-behavior therapy for generalized anxiety in late life: An evaluative overview. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 191-207.
- Stoeber, J., Borkovec, T. D. (2002). Reduced concreteness of worry in generalized anxiety disorder: Findings from a therapy study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 89-96.
- Tallis, F., Eysenck, M., Mathews, A. (1992). A questionnaire for the measurement of nonpathological worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 161-168.
- Tollefson, G. D., Tollefson, S. L., Pederson, M., Luxenberg, M. (1991). Comorbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety and major depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 215-222.
- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 289-299.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (2002). Worry, metacognition, and GAD: Nature, consequences, and treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 179-192.

- Wells, A., Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research & Therapy*, 37, 585-594.
- Wisocki, P. A. (1988). Worry as a phenomenon relevant to the elderly. *Behavior Therapy*, 19, 369-379.
- Yonkers, K. A., Warshaw, M. G., Massion, A. O., Keller, M. B. (1996). Phenomenology and course of generalized anxiety disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 308-313.
- Zhang, Y., Young, D., Lee, S., Li, L., Zhang, H., Xiao, Z. *et al.* (2002). Chinese Taoist cognitive psychotherapy in the treatment of generalized anxiety disorder in contemporary China. *Transcultural Psychiatry*, 39, 115-129.
- Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Barlow, D. H. (1993). *Therapist's guide for the mastery of anxiety and worry*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation/Graywind Publications.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

La fobia social implica temores debilitantes en torno al desempeño o interacciones sociales. Es el tercer trastorno psicológico más común, con un índice de 13.3% de presencia en el transcurso de la vida (Kessler *et al.*, 1994). La edad promedio en la que aparece es más o menos a los 15 años, y después de los 25 es muy poco frecuente.

La fobia social se define en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) como un temor marcado y persistente a una o más situaciones o interacciones sociales en las que la persona se expone a gente desconocida o a un posible escrutinio por parte de los demás. La gente con fobia social teme comportarse de manera humillante o vergonzosa (o mostrar síntomas de ansiedad). La exposición a la situación social temida por lo general provoca ansiedad, lo que llega a generar una crisis de angustia.

Los individuos con fobia social temen que otras personas los juzguen de modo poco favorable. El estímulo temido se evita o tolera con gran angustia psicológica. A fin de cumplir los criterios de diagnóstico, la persona debe reconocer este temor como excesivo e irracional. La fobia social tiene efectos adversos en el funcionamiento general y causa un grave perjuicio en las áreas laboral, académica e interpersonal. La ansiedad o evitación resultante no es una consecuencia directa del consumo de sustancias ni de una dolencia médica, y no se explica por otros trastornos psiquiátricos (p. ej., trastorno de angustia,

ansiedad de separación, trastorno dismórfico corporal o trastorno esquizoide de la personalidad).

La fobia social es un trastorno heterogéneo, en el que los individuos pueden temer una situación específica o interacciones más globales. Este último grupo, que en el DSM-IV-TR se cataloga como “generalizado”, implica situaciones sociales generales y muestra una asociación estrecha con el trastorno de la personalidad por evitación. En cambio, otros individuos con fobia social experimentan temores más específicos y con base en el desempeño, como hablar en público, pero no se angustian ante interacciones sociales generales.

Los síntomas quizá giren en torno a interacciones sociales (p. ej., hablar frente a un grupo, presentarse o formular preguntas, interactuar con gente que consideran importante, ser asertivo) o al desempeño de actividades en público (p. ej., ser observado mientras se lleva a cabo un comportamiento determinado, usar baños públicos, pronunciar discursos, poner a prueba su ansiedad).

Debido a la naturaleza interpersonal de la sociedad, el daño es profundo en esta población. Las relaciones sociales se evitan o desgastan. De modo similar, el funcionamiento académico y laboral llega a verse afectado a causa de la angustia y evitación de actividades específicas (como exponer una lección frente a la clase o dar una presentación de negocios).

Aspectos del diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de la fobia social a partir de otros trastornos de ansiedad se elabora con base en el *origen* del temor. La fobia social difiere del *trastorno de angustia* en que quienes lo padecen “temen al temor”, temen la aparición de una crisis de angustia o que otros comportamientos de angustia provoquen vergüenza o incapacidad. Por otra parte, la fobia social se basa en el temor a una valoración negativa por parte de los demás; si bien esta fobia se caracteriza por la evitación o profunda angustia en relación con situaciones en las que se espera escrutinio, la *agorafobia con o sin trastorno de angustia* no tiene como premisa tal expectativa. De hecho, el DSM-IV-TR distingue estos trastornos por la presencia de un confidente. Quienes padecen agorafobia por lo general experimentan una *disminución* de angustia en presencia de un amigo, mientras que aquellos individuos que sufren fobia social mantienen o *aumentan* su nivel de angustia. El *trastorno de ansiedad generalizada* difiere de la fobia social en que el primero implica una preocupación generalizada que no se limita a situaciones sociales o de desempeño. Los individuos con una *fobia específica* pueden experimentar angustia respecto de situaciones sociales (p. ej., vergüenza por temer a los lugares altos), pero este temor no es básico en su padecimiento.

Hay otros trastornos que deben ser diferenciados de la fobia social. La *depresión* en ocasiones supone evitación de las situaciones sociales, pero esto se debe más al interés reducido y bajo estado de ánimo que a la ansiedad, como es el caso en la fobia social. Semejantes a la fobia social, los *trastornos generalizados del desarrollo* y el *trastorno esquizoide de la personalidad* se caracterizan por la evitación de situaciones sociales, aunque en ellos la evitación se debe a falta de interés y no a temor.

El *trastorno de personalidad por evitación* comparte muchas características con la fobia social generalizada, y a menudo ambos coinciden (p. ej., de 22 a 70% de individuos con fobia social cumplen ambos criterios). Este particular diagnóstico adicional de Eje II debe considerarse si la ansiedad es perdurable (es decir, si empezó en la edad adulta temprana) y está generalizada hacia numerosos escenarios.

Aspectos de comorbilidad

Los trastornos comórbidos son comunes en personas con fobia social. En general, cerca de 70% de quienes la sufren tienen un diagnóstico adicional de Eje I. Entre los trastornos específicos se encuentran la fobia simple (59%), agorafobia (45%), abuso de alcohol (19%), trastorno depresivo mayor (17%), abuso de drogas (13%) y distimia (13%); además, 61% de los individuos con fobia social cumple los criterios para varios trastornos de Eje II. Los pacientes a menudo solicitan terapia por otros trastornos, así que es importante evaluar la fobia social en quienes presentan otros síntomas o problemas (p. ej., depresión).

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Existen varias medidas para evaluar diversos aspectos de la ansiedad social. En Antony, Orsillo y Roemer (2001) el lector encontrará una reseña de dichas herramientas.

Evaluaciones clínicas

- *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version* (DiNardo, Brown, Barlow, 1994; *Entrevista Estructurada para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV: Versión a lo largo de la Vida*). Evalúa los diagnósticos de DSM-IV presentes y pasados de ansiedad, estado de ánimo y consumo de sustancias.

- *Brief Social Phobia Scale* (Davidson *et al.*, 1991; *Escala Breve de Fobia Social*). Evalúa los síntomas de fobia social de acuerdo con tres subescalas: temor, activación fisiológica y evitación.
- *Liebowitz Social Anxiety Scale* (Liebowitz, 1987; *Escala de Ansiedad Social de Liebowitz*). Valora los problemas con interacciones y desempeño sociales, y ofrece puntuaciones de temor y evitación.

Evaluaciones conductuales

- *Social Situations Interaction Test* (Mersch, Emmelkamp, Bogels, van der, 1989; *Prueba de Interacción en Situaciones Sociales*). Consiste en cuatro escenarios en los que el paciente representa situaciones potencialmente generadoras de ansiedad con un compañero.

Instrumentos autoaplicables

- *Social Anxiety Interaction Scale* (Mattick, Clarke, 1998; *Escala de interacción de ansiedad social*). Mide los temores respecto de interacciones sociales generales.
- *Social Avoidance and Distress Scale* (Watson, Friend, 1969; *Escala de Evitación y Angustia Social*). Evalúa la angustia y la evitación en situaciones sociales, así como las preocupaciones con situaciones de evaluación percibidas como amenazantes.
- *Social Phobia and Anxiety Inventory* (Turner, Beidel, Dancu, 1996; *Inventario de Fobia y Ansiedad Social*). Estima la gravedad de síntomas (fisiológicos, cognitivos, conductuales) asociados con la ansiedad y fobia social mediante dos subescalas: fobia social y agorafobia.
- *Social Phobia Inventory* (Connor *et al.*, 2000; *Inventario de Fobia Social*). Clasifica los síntomas de fobia social de acuerdo con tres subescalas: temor, evitación y activación fisiológica.
- *Social Phobia Scale* (Mattick, Clarke, 1998; *Escala de Fobia Social*). Mide los temores de ser evaluado durante actividades rutinarias.

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Al trabajar con pacientes que sufren de fobia social, entre las metas de resultados finales generales están disminuir la frecuencia e intensidad de la ansiedad

social relacionada con situaciones sociales o de desempeño, mejorar el funcionamiento en situaciones sociales o de desempeño, e incrementar las habilidades adaptativas de afrontamiento. Además, es importante abordar las predicciones autocumplidas negativas que a menudo posee esta población. De manera específica, la ansiedad suele dar por resultado comportamientos desadaptativos (p. ej., evitación, habilidades sociales inferiores a las óptimas), lo que genera una reacción negativa por parte de los demás y, ante los ojos de un individuo con fobia social, “comprueba” sus temores.

Además, según el individuo, es factible establecer otras metas finales. Debido a la significativa comorbilidad de quienes padecen fobia social, una meta final quizá sea disminuir los problemas relacionados con otros trastornos o síntomas psicológicos; por ejemplo, los individuos que se “automedican” con alcohol u otras drogas para disminuir los síntomas de fobia social se beneficiarían con intervenciones que abordasen el abuso de sustancias. Debido a la naturaleza social de este trastorno, una consecuencia común es que se minen las relaciones, de modo que mejorar las relaciones significativas (como la matrimonial) en ocasiones constituye una meta final. Una meta general del tratamiento consiste en disminuir el daño al funcionamiento laboral o académico que se deteriora como consecuencia de los comportamientos propios de la fobia social.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre éstos se encuentran los siguientes:

- Disminuir la activación fisiológica intensa.
- Limitar las ideas disfuncionales.
- Mejorar las habilidades interpersonales.

Meta 1: Disminuir la activación fisiológica intensa

La excitación fisiológica es un sello distintivo de la fobia social. Los individuos que padecen este trastorno experimentan respuestas nerviosas simpáticas (p. ej., aumento del ritmo cardíaco, sudoración, tensión muscular) en respuesta a estresores sociales. Además, esta activación a menudo se convierte en fuente de preocupación en sí misma (p. ej., la ansiedad respecto de la sudoración en las palmas de las manos al saludar de mano a otra persona); tal ansiedad vinculada con los estímulos sociales es lo que el individuo con fobia social desea evitar.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Subjective Units of Distress Scale* (SUDS; *Escala de Unidades Subjetivas de Angustia*). Evalúa el grado autoinformado de angustia fisiológica o psicológica de los pacientes en una escala de 0 (sin angustia en absoluto) a 100 (la mayor angustia que han sentido jamás).
- *Behavioral Avoidance Test* (BAT; *Prueba de Evitación Conductual*). Jerarquía de estímulos evitados ajustada al paciente; se emplea junto con los puntajes de SUDS.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de exposición.
- Inundación.
- Entrenamiento de relajación.

Terapia de exposición. La bibliografía sugiere que la terapia de exposición como tratamiento para la fobia social es en particular eficaz, más que cualquier otra estrategia de terapia cognitivo-conductual aplicada por sí sola (Donohue, Van Hasselt, Hersen, 1994). La terapia de exposición pretende extinguir las respuestas de temor condicionadas a los estímulos pertinentes. Esto se basa en la idea de que la fobia social se mantiene, en parte, por la evitación de situaciones que producen ansiedad (p. ej., asistir a fiestas, hablar en un ámbito de negocios) y el reforzamiento negativo que tiene lugar como resultado de evitar dichas situaciones. Se provoca esta respuesta de temor condicionada mediante diversas situaciones similares, como una función de la generalización entre los estímulos. Mientras que muchos individuos con fobia social recuerdan la aparición de síntomas cuando experimentan un suceso traumático, una cantidad considerable recuerda experiencias de aprendizaje indirectas, lo que sugiere el papel del aprendizaje social en la etiología de la fobia social (Öst, Hugdahl, 1981).

La exposición pretende extinguir la ansiedad basada en el temor, propicia la habituación haciendo que los pacientes se expongan una y otra vez a situaciones pertinentes que provoquen temor hasta que la ansiedad disminuye. A menudo esto adopta la forma de *exposición guiada*, en la cual se expone al paciente poco a poco a situaciones cada vez más angustiantes. Tal exposición puede ser *imaginaria* (p. ej., hacer que el paciente imagine que pronuncia un discurso frente a una gran cantidad de personas), sesiones de juegos de rol (*role-playing*) (p. ej., el terapeuta representa escenas con el paciente en las que están en una reunión) o *in vivo* (p. ej., se anima al paciente a que asista a una fiesta de su oficina). La práctica *in vivo* es la que cuenta con mayores probabilidades de conseguir un mayor efecto en la reducción de la evitación, dado que impacta en la generalización.

Barlow (Barlow, 2002; Barlow, Raffa, Cohen, 2002) sugiere que algunas clases de exposición deben formar parte básica de todo tratamiento para la fobia social. Como en todos los procedimientos de terapia cognitivo-conductual, propiciar que los pacientes practiquen la exposición *in vivo* como actividad para el hogar es una característica básica del tratamiento. Edelman y Chambless (1995), por ejemplo, descubrieron que el acatamiento de estas actividades en la casa predice mejores resultados.

Inundación. La inundación se basa en los mismos principios de condicionamiento que la exposición, pero en lugar de comenzar con situaciones menos angustiantes según una jerarquía de temor, se expone al paciente a una inundación intensiva de gran carga angustiante desde el principio. Semejantes a otros enfoques de tratamiento basados en la exposición, las sesiones se llevan a cabo hasta que la ansiedad subjetiva del paciente (p. ej., SUDS) regrese a un nivel más bajo anterior o que cumpla con otros criterios adecuados con el fin de que ocurra una extinción significativa.

Entrenamiento de relajación. Este planteamiento abarca una amplia variedad de estrategias de manejo de estrés conductual que se dirigen a reducir de manera específica los síntomas de activación fisiológica y ansiedad intensas. También pretende sustituir con una nueva respuesta condicionada (relajación) la respuesta condicionada anterior (ansiedad y temor). Dichas estrategias implican una relajación muscular progresiva, entrenamiento autogénico y visualización, y están dirigidas de manera específica a reducir la evitación negativa. Aunque no hay un apoyo sustancial para aplicar los procedimientos de relajación *en aislamiento* al tratar la ansiedad social, si se emplea junto con otras estrategias, dichas tácticas aumentan los efectos generales del tratamiento de terapia cognitivo-conductual. Por ejemplo, cuando un paciente con baja eficiencia propia tiene dificultades para confiar en que la exposición funciona o es demasiado ansioso incluso para intentar otras estrategias, contar con las habilidades para reducir su propia ansiedad puede motivarlo a continuar con el tratamiento respecto de otras herramientas clínicas.

Meta 2: Limitar las ideas disfuncionales

Las ideas disfuncionales son penetrantes en la fobia social, y entre ellas se cuentan criterios extremos de perfeccionismo en el desempeño social (p. ej., “no debo mostrar ninguna señal de temor”), ideas condicionales de las reacciones de los demás (p. ej., “si me equivoco, a nadie le voy a caer bien”) e ideas negativas acerca del paciente mismo (p. ej., “soy un fracaso”). Tales ideas intensifican la ansiedad y los comportamientos ansiosos, lo que perpetua la angustia general del paciente. Algunos investigadores plantean que los pensamientos disfuncio-

nales son la raíz de la fobia social; por ejemplo, Beck y colaboradores (p. ej., Beck, Emery, Greenberg, 1985) postulan la teoría de que los criterios extremos de perfeccionismo en el desempeño social, las ideas condicionales de las ideas de los demás y las ideas negativas acerca de uno mismo contribuyen a las predicciones autocumplidas. Clark y Wells (1995) van más lejos y atribuyen el desarrollo de síntomas de ansiedad y de estrategias de afrontamiento desadaptativas (p. ej., evitación) a la atención centrada en el propio individuo, junto con criterios demasiado elevados para el desempeño social y una expectativa de valoración negativa por parte de los demás. Dichos pensamientos y comportamientos aumentan la percepción de amenazas, lo que genera un mantenimiento cíclico de la fobia social.

Otra teoría que apela a una concepción cognitiva propone que la fobia social se desarrolla debido a una discrepancia entre el sentido propio del sí mismo y los criterios esperados de los demás (Rapee, Heimberg, 1997). De acuerdo con esta postura, la persona con fobia social se concentra en comportamientos negativos (p. ej., sudoración) y en el ambiente amenazador percibido, lo que produce una idea de cómo se *debe* actuar. En ese momento se compara este “debe ser” con la opinión distorsionada del comportamiento autopercebido del paciente.

Las cogniciones desadaptativas parecen relacionarse con el abuso de alcohol en personas con fobia social. Los individuos socialmente ansiosos que albergan expectativas de una mejor asertividad social, menor tensión y cambios positivos como función de ingerir bebidas alcohólicas, se convierten en candidatos para el alcoholismo. De hecho, algunos estudios demuestran que la fobia social precede al abuso de alcohol, quizá a causa de cogniciones desadaptativas (p. ej., Davidson, Hughes, George, Blazer, 1993).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Social Interaction Self-Statement Test* (SISST; Glass, Merluzzi, Biever, Larsen, 1982; *Prueba de autodeclaraciones de interacción social*). Medida de autoinforme que ofrece puntuaciones para autodeclaraciones tanto positivas como negativas asociadas con situaciones sociales, la cual es factible emplear para evaluar cogniciones durante juegos de rol de interacciones sociales.
- *Fear of Negative Evaluation* (FNE; Watson, Friend, 1969; *Temor de valoración negativa*). Inventario autoaplicable de 30 reactivos que mide las expectativas y angustia asociadas con la valoración negativa por parte de los demás.
- *Self-Statements During Public Speaking* (SSPS; Hofmann, DiBartolo, 2000; *Autodeclaraciones al hablar en público*). Instrumento autoaplicable de diez reactivos que miden las autodeclaraciones tanto positivas como negativas relacionadas con el hablar en público.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.

Reestructuración cognitiva. Como concepto, las variables cognitivas relacionadas con el trastorno se clasifican en tres niveles: *pensamientos automáticos negativos* (p. ej., “si hablo frente a este grupo, voy a decir una tontería”), *suposiciones distorsionadas o desadaptativas* (p. ej., “si digo una tontería, a nadie le voy a caer bien y todos me van a rehuir”) y *autoesquemas disfuncionales* (“soy un estúpido y un inadapto”). Las estrategias de intervención que sirven para disminuir estos factores cognitivos disfuncionales se basan en principios de reestructuración cognitiva. Desde una perspectiva conceptual, cabe considerar que la reestructuración cognitiva es un término muy amplio que abarca diversas estrategias específicas de terapia: terapia emotivo-racional (p. ej., Ellis, 1994), cognitiva (Beck *et al.*, 1985) y entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1977). Si bien hay diferencias entre estos tres planteamientos, todos implican ayudar a que los pacientes identifiquen mejor tales pensamientos desadaptativos y luego los alteren. Al tratar disfunciones cognitivas en personas con fobia social, se pide a los individuos que reconozcan pensamientos automáticos negativos, primero los relacionados con sucesos más benignos y después con los estímulos reales temidos. A continuación se les enseña a evaluar la exactitud de estos pensamientos o el empleo de varios errores cognitivos (p. ej., una mentalidad de “todo o nada”, adelantarse al pensamiento de los demás, anticipar resultados negativos de modo automático), y remplazar las cogniciones desadaptativas con otras más adaptativas. Como actividades para el hogar, se pide al paciente que lleve un diario de pensamientos automáticos durante situaciones estresantes y refutaciones adecuadas.

Terapia de resolución de problemas. Un enfoque de terapia relacionado es la resolución de problemas (p. ej., D’Zurilla, Nezu, 1999; Nezu, en prensa), que se dirige a mejorar la capacidad general para enfrentar situaciones estresantes. Una parte de este abordaje supone cambiar los factores cognitivos que afectan de modo negativo en la *orientación del problema* o en la visión general de los problemas, y en la evaluación propia respecto de las capacidades para resolver problemas (p. ej., ideas de la causa de un problema, atribuciones sobre el posible responsable de que surgiese el problema en primer lugar, ideas de eficiencia propia). Un estudio que comparó estos cuatro enfoques para cambiar las cogniciones negativas relacionadas con la fobia social no reveló diferencias en los resultados entre ninguna de estas estrategias (DiGiusepe, McGowan, Simon, Gardner, 1990). Sin embargo, por ahora es el único estudio que investiga la eficacia de este enfoque para la fobia social.

Meta 3: Mejorar las habilidades interpersonales

Si bien la fobia social a menudo conlleva pensamientos disfuncionales relacionados con las capacidades sociales propias, algunos temores quizá no sean del todo infundados. En ocasiones, el paciente carece de habilidades interpersonales adecuadas, lo que origina angustia y perpetua la ansiedad social. La evitación de dichas situaciones también sirve para limitar las oportunidades de aprender en la práctica dichas habilidades.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- Las observaciones clínicas de los juegos de rol durante las sesiones que se centran en situaciones sociales pertinentes son herramientas importantes para evaluar deficiencias específicas de habilidades interpersonales.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Entrenamiento de eficiencia social.
- Terapia de grupo.

Entrenamiento de habilidades sociales. Esta estrategia parte de la idea de que algunos individuos con fobia social tienen habilidades sociales verbales y no verbales deficientes. Así, un componente del tratamiento para la fobia social puede ser la enseñanza a los pacientes de una amplia variedad de habilidades interpersonales y sociales (p. ej., empatía, saber escuchar, hacer amigos, abrirse a los demás).

Terapia de eficiencia social (TES). Es un paquete de terapia que combina el entrenamiento de habilidades interpersonales con la exposición para el tratamiento de la fobia social (Turner, Beidel, Coley, Woody, Messer, 1994), mismo que ha demostrado ser muy promisorio. Por ejemplo, la TES permite 84% de mejora en la fobia social generalizada a pesar de su comorbilidad de Eje I y II.

Terapia de grupo. En general, dar tratamiento a un grupo resulta en particular benéfico para que algunos pacientes mejoren sus habilidades interpersonales. Mientras que un metaanálisis no reveló diferencias significativas entre la terapia de grupo y la individual (Taylor, 1996), un contexto grupal ofrece algunas oportunidades singulares. Además de las interacciones interpersonales, la terapia de grupo permite alcanzar el modelaje, normalización, apoyo entre compañeros y reforzamiento de habilidades. Heimberg y colaboradores (p. ej., Heimberg, Salzman, Holt, Blendell, 1993) elaboraron un enfoque de tratamiento que combina la exposición en la sesión y la reestructuración cognitiva específica para un grupo establecido, lo que probó ser eficaz tanto a corto como a largo plazo.

Metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

Entre los objetivos secundarios del tratamiento para la fobia social se encuentran los siguientes:

- *Disminuir el estrés general.* Los individuos con fobia social reportan más sucesos cotidianos negativos y menos positivos que quienes no padecen trastornos psicológicos, lo que corresponde a mayores síntomas depresivos y de ansiedad (Brown, Juster, Heimberg, Winning, 1998). Así, una posible meta secundaria del tratamiento para un paciente con fobia social es disminuir el estrés general. Entre los enfoques de intervenciones posibles se hallan diversas estrategias conductuales de manejo del estrés para reducir la sintomatología física relacionada con el mismo, así como estrategias de entrenamiento de habilidades de afrontamiento —como la terapia de resolución de problemas— para contribuir a que el paciente maneje de forma más eficaz los sucesos cotidianos estresantes.
- *Mejorar las habilidades sociales específicas deficientes.* Si el comportamiento fóbico social causa un daño en un área social específica para un paciente, dicha deficiencia puede ser un objetivo significativo de la terapia. Estas deficiencias quizá impliquen comunicaciones interpersonales, hablar en público o asertividad.
- *Disminuir la atención en las sensaciones corporales.* La atención magnificada en las sensaciones corporales (p. ej., ritmo cardiaco, sudoración) tienen efectos adversos. Por ejemplo, cuando se informa a los participantes que su ritmo cardiaco aumentó, las personas con fobia social reportan mayor ansiedad y cogniciones negativas, mientras que sucede lo contrario cuando se les informa que su ritmo cardiaco disminuyó (Wells, Papageorgiou, 2001). Más aún, los pacientes con fobia social que interpretan las señales internas como “catastróficas” corren mayor riesgo de recaer tras la intervención (Clark, Wells, 1995). En respuesta a estos datos, Wells y Papageorgiou (1998) valoraron una estrategia que combinaba la exposición con el entrenamiento para llevar la atención al exterior de la persona y no a sus propias respuestas fisiológicas, y descubrieron que esto generaba mayores descensos de ansiedad y de cogniciones desadaptativas.
- *Abordar trastornos comórbidos.* Como ya se mencionó, los problemas psicológicos comórbidos son comunes en las personas con fobia social. De hecho, un paciente quizá se presente con molestias vinculadas con otro trastorno, y la fobia social sólo aparece después, durante la tera-

pia. Si bien la investigación es un tanto inconsistente respecto de los efectos de los trastornos comórbidos, al tratar a individuos con fobia social parece muy sensato evaluar su presencia e identificarlos como objetivo *potencial* desde un punto de vista clínico.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Las consideraciones de la diversidad étnica respecto de la fobia social abarcan tanto la terminología diferencial relacionada con la cultura como los diversos focos de temor. Respecto del primer caso, los pacientes de origen afrocaribeño a menudo se refieren a la ansiedad social con el término “paranoide”; de modo que una persona con este antecedente étnico tal vez informe sensaciones de “paranoia” que en realidad no son ideas de delirio, sino manifestaciones de fobia social. Para individuos japoneses y miembros de otras culturas orientales, el origen de sus temores sociales quizá difiera de quienes pertenecen a culturas occidentales. Existe un trastorno llamado *Taijin Kyfusho* que manifiestan algunas personas orientales, y que implica síntomas de fobia social centrados en un temor de avergonzar a los demás y no a uno mismo (Dinnel, Kleinknecht, Tanaka-Matsumi, 2002). La anterior es una diferencia importante en comparación con la “fobia social occidental” y tendría que alterar el acento terapéutico hacia la exposición a situaciones temidas relacionadas con avergonzar a los demás.

Otro ejemplo más de la importancia de los antecedentes étnicos es el de un caso de una mujer afroestadounidense que padecía fobia social (Fink, Turner, Beidel, 1996). En este caso, la validez de la jerarquía de temores de la paciente se intensificaba de manera significativa cuando las situaciones incorporaban sugerencias raciales (p. ej., “tienes que presentarte ante un grupo de varones caucásicos quienes sabes que escudriñarán tanto tus habilidades como tu origen racial”). Estos autores sugieren que estos detalles también se aplican al género, orientación sexual y otros factores socioculturales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd. ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Raffa, S. D., Cohen, E. M. (2002). Psychosocial treatments for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorder. In: P. E. Nathan, J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (2nd. ed., pp. 301-335). New York: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Emery, C., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Brown, E. J., Juster, H. R., Heimberg, R. G., Winning, C. D. (1998). Stressful life events and personality styles: Relation to impairment and treatment outcome in patients with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 233-251.
- Clark, D. M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp- 69-93). New York: Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 376-386.
- Davidson, J. R., Hughes, D. L., George, I. K., Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: Findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Davidson, J. R., Potts, N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, K. R., Smith, R. D. et al. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52 (supplement), 48-51.
- Di Giuseppe, R., Simon, K. S., McGowan, L., Gardner, F. (1990). A comparative outcome study of four cognitive therapies in the treatment of social anxiety. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy*, 8, 129-146.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A., Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DMS-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. Albany, New York: Graywind Publications.
- Dinnel, D. L., Kleinknecht, R. A., Tanaka-Matsumi, J. (2002). A cross-cultural comparison of social phobia symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24, 75-84.
- Donohue, B. C., Van Hasselt, V. B., Hersen, M. (1994). Behavioral assessment and treatment of social phobia. *Behavior Modification*, 18, 262-288.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Edelman, R. E., Chambless, D. L. (1995). Adherence during sessions and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 573-577.

- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (rev. ed.). New York: Birch Lane Press.
- Fink, C. M., Turner, S. M., Beidel, D. C. (1996). Culturally relevant factors in the behavioral treatment of social phobia: A case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 201-209.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L., Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Halt, C. S., Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Hofmann, S. G., DiBartolo, P. M. (2000). An instrument to assess self-statements during public speaking: Scale development and preliminary psychometric properties. *Behavior Therapy*, 31, 499-515.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S. et al. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Mattick, R. P., Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Mersch, P. P., Emmelkamp, P. M., Bogels, S. M., van der, S. J. (1989). Social phobia: Individual response patterns and the effects of behavioral and cognitive interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 421-434.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem-solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Öst, L. G., Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 439-447.
- Rapee, R. M., Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 1-9.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Cooley, M. R., Woody, S. R., Messer, S. C. (1994). A multicomponent behavioral treatment for social phobia: Social effectiveness therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 381-390.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. (1996). *SPAI: Social Phobia and Anxiety Inventory*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.

- Watson, D., Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Wells, A., Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wells, A., Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.

Trastorno obsesivo-compulsivo

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se caracteriza por la presencia de obsesiones, compulsiones o ambas cosas. Las *obsesiones* se definen como ideas, pensamientos, impulsos o imágenes persistentes que se perciben como invasivas o inadecuadas, se consideran inaceptables, y generan ansiedad y angustia significativas. El individuo con TOC intenta reducir la angustia que experimenta al ignorar o suprimir las obsesiones y, por tanto, evitar ciertas situaciones, o al manifestar comportamientos que pretenden neutralizar las obsesiones. Las *compulsiones* se refieren a esta última reacción y conllevan diversos comportamientos repetitivos (p. ej., lavarse las manos, ordenar objetos, acciones de verificación) o actos cognitivos (p. ej., rezar, contar, repetir palabras en silencio). Tales conductas son excesivas o no guardan una verdadera relación con aquello para lo cual se elaboraron con el fin de neutralizar o impedir algo. En la mayoría de los casos, la persona se siente obligada a llevar a cabo la compulsión ya sea para reducir la angustia que acompaña a una obsesión o para impedir algún suceso funesto. Tanto los comportamientos de evitación como los rituales propician una menor angustia, si bien esta reducción es temporal.

De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), el diagnóstico de TOC requiere la presencia de obsesiones y compulsiones lo bastante graves para que consuman una cantidad considerable de tiempo (es decir, más de una hora diaria), causen una angustia manifiesta o generen un daño

funcional significativo. Los pacientes con TOC tienden a reconocer que las obsesiones son un “producto de su propia mente”. Si está presente otro trastorno de Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones no se restringe a éste, ni el TOC se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., consumo de drogas) o a un padecimiento médico general.

Por definición, los adultos con TOC reconocen, en algún momento, que las obsesiones o compulsiones son excesivas o irracionales. Sin embargo, hay una amplia variedad de perspectivas respecto de la racionalidad de sus síntomas. Se emplea la especificación “con poca conciencia de enfermedad” con propósitos diagnósticos si la persona por lo general no reconoce que las obsesiones y compulsiones son desproporcionadas o irracionales.

El TOC tiene diversas manifestaciones y a menudo implica más de un solo tipo de obsesión y compulsión. Las obsesiones más comunes son pensamientos repetidos acerca de *contaminación* (p. ej., contaminarse al tocar un picaporte), *dudas repetidas* (p. ej., preguntarse si se realizó alguna acción, como apagar los pilotos de la estufa), necesidad de mantener las cosas en un *orden* particular (p. ej., angustia intensa cuando las cosas están desordenadas o asimétricas), *impulsos agresivos* o *aterrorizantes* (p. ej., imágenes de lastimar a su propio hijo) e *imágenes sexuales* (p. ej., una imagen pornográfica recurrente). Las compulsiones más comunes son *lavar y limpiarse*, *contar*, *verificar*, *pedir* o *exigir garantías*, *repetir acciones* y *ordenar*. Algunos ejemplos específicos son los individuos con obsesiones de contaminarse y que se lavan las manos hasta dañarse la piel, o las personas angustiadas por pensamientos profanos no deseados que encuentran alivio al repetir una plegaria una y otra vez.

El TOC por lo común comienza en la adolescencia o en la edad adulta temprana, de 6 a 15 años en los varones y de 20 a 29 en las mujeres. En cuanto a los niños, en los varones el TOC se presenta dos veces más que en las niñas, pero una vez que llegan a la edad adulta las tasas de TOC se igualan para ambos géneros. Respecto de su desarrollo, la mayoría de los individuos con TOC experimentan altas y bajas crónicas, y por lo general los síntomas se exacerban cuando hay estrés. Si bien antes se consideraba que el TOC era relativamente raro en la población general, algunos estudios comunitarios recientes calculan una prevalencia a lo largo de la vida de 2.5% (Karno, Golding, Sorensen, Burnam, 1988).

Aspectos del diagnóstico diferencial

El TOC debe distinguirse de otros trastornos de ansiedad. A diferencia del TOC, en el que las cogniciones son la raíz del temor, el *trastorno de angustia* se caracteriza por el temor asociado con experiencias somáticas, la *fobia social* se distingue por el temor al desempeño o a la valoración, y la *fobia específica* por la ansiedad

provocada por un objeto o situación específicos. El TOC difiere del *trastorno de ansiedad generalizada* en que este último alude a una preocupación general acerca de numerosos sucesos de la vida real, mientras que los temores relacionados con el TOC son más supersticiosos y menos realistas, además de que se manejan mediante comportamientos neutralizadores.

Debido a que el TOC comparte algunas características con otros trastornos del Eje I, es necesario establecer más distinciones. La *depresión* a menudo incluye rumiaciones pero, a diferencia del TOC, se caracterizan por su pesimismo, por relacionarse con el sujeto mismo y con los demás, y no se suprimen. Los trastornos de alimentación (p. ej., *anorexia nervosa* y *bulimia*) en ocasiones comparten ciertas características con el TOC, pero las obsesiones y compulsiones se centran en el peso corporal. El *trastorno dismórfico corporal* implica obsesiones casi delirantes específicas sobre una falla física particular percibida y una observación ritual a dicha estructura anatómica (p. ej., mirarse al espejo). En la *hipocondriasis* la obsesión se relaciona con un solo acontecimiento, en el que la persona se concentra en síntomas físicos que interpreta como indicaciones de que contrajo alguna enfermedad; en cambio, quienes padecen TOC tienen múltiples fuentes de angustia y, cuando se relacionan con enfermedades, temen que *adquirirán* la dolencia. La *tricotilomanía* se caracteriza por jalarse el pelo de manera compulsiva en un intento por aminorar la angustia. La gente con *trastornos generalizados del desarrollo* (p. ej., *trastorno de Asperger*) es en extremo rígida y compulsiva, con comportamientos estereotipados que se asemejan un poco al TOC grave; sin embargo, quienes los padecen tienen problemas en extremo graves para comunicarse con los demás, dificultad que no se presenta en el TOC a ese nivel. Además, si bien las personas con TOC por lo general reconocen que sus temores son productos irracionales de su propia mente, los pacientes con *trastornos psicóticos* difieren en que ellos creen que alguna fuerza externa ejerce un efecto en sus pensamientos; más aún, los individuos con alteraciones psicóticas por lo general no presentan compulsiones.

Por último, aunque a menudo se confundan, el TOC es distinto del trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva; este último se caracteriza por una preocupación permanente con normas, programas y listas, y en rasgos distintivos como perfeccionismo, una excesiva dedicación al trabajo, rigidez e inflexibilidad.

Aspectos de comorbilidad

Más de 50% de las personas con TOC padece también otros trastornos del Eje I, con mayor frecuencia otros trastornos de ansiedad y de estado de ánimo. De manera específica, 39% tiene un trastorno de ansiedad adicional (26% de las personas con TOC padece fobia social y 20% cumple los criterios para fobia es-

pecífica), y 32%, trastornos del estado de ánimo (de 28 a 38% cumple los criterios para trastorno depresivo mayor). Más o menos 80% de las personas con TOC presenta síntomas depresivos significativos (p. ej., afecto negativo, baja autoestima, culpa). Más todavía, 10% de las mujeres con TOC tiene antecedentes de anorexia nervosa. Si bien más de la mitad de los individuos con trastorno de Guilles de la Tourette (TGT) tiene TOC, sólo de 5 a 7% de quienes padecen TOC tiene TGT. Las personas con TOC a menudo cumplen los criterios para trastornos de personalidad, en particular del *cluster C* (es decir, trastorno de personalidad por evitación, trastorno de la personalidad por dependencia y, en ocasiones, de personalidad obsesivo-compulsiva)

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Existen varias medidas para evaluar diferentes aspectos del TOC. En Antony, Orsillo y Roemer (2001) el lector encontrará una reseña de dichas herramientas de evaluación.

Evaluaciones clínicas

- *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version* (DiNardo, Brown, Barlow, 1994; *Entrevista Estructurada para Trastornos de Ansiedad del DSM-IV: Versión a lo largo de la Vida*). Evalúa los diagnósticos presentes y pasados de DSM-IV de ansiedad, estado de ánimo y consumo de sustancias.
- *Overvalued Ideas Scale* (Neziroglu, McKay, Yaryura-Tobias, Stevens, Todaro, 1999; *Escala de Ideas Sobrevaluadas*). Ofrece una evaluación abierta de la intensidad de las ideas más predominantes del TOC durante la semana anterior.
- *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Goodman *et al.*, 1989; *Escala del Trastorno Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown*). Valora la gravedad y clases de síntomas del TOC.

Evaluaciones conductuales

- *Self-Monitoring* (Leahy y Holland, 2000; *Automonitoreo*). Evalúa las obsesiones y rituales *in vivo*, el tiempo que se dedica a ellos y el grado de angustia.

Instrumentos autoaplicables

- *Maudsley Obsessional Compulsive Inventory* (Hodgson y Rachman, 1977; *Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley*). Evalúa los comportamientos y rituales obsesivo-compulsivos con las siguientes subescalas: verificación, lavado, dudas/conciencia y lentitud/repetición.
- *Obsessive Compulsive Inventory* (Foa, Kozak, Salkovskis, Coles, Amir, 1998; *Inventario Obsesivo-Compulsivo*). Mide tanto la frecuencia como la gravedad de la angustia relacionada con obsesiones y compulsiones.
- *Obsessive Compulsive Questionnaire* (Leahy et al., 2000; *Cuestionario Obsesivo-Compulsivo*). Evalúa la cantidad de molestia por diversas obsesiones y el tiempo dedicado a rituales.
- *Padua Inventory–Washington State University Revisions* (Burns, Keortge, Formea, Sternberger, 1996; *Inventario Padua: Revisiones de la Universidad Estatal de Washington*). Mide tanto obsesiones como compulsiones con las siguientes subescalas: contaminación, verificación, control mental disminuído, y urgencias y preocupaciones.

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

El TOC tiene el potencial de ser el trastorno de ansiedad más debilitante a causa de la intensa angustia que interfiere de manera significativa con la rutina normal y el funcionamiento ocupacional del individuo. Así, entre las metas de resultados finales se cuentan disminuir la angustia, reducir el tiempo dedicado a las obsesiones y rituales, y mejorar el desempeño laboral/escolar. Además, debido a que el TOC es un estresor significativo no sólo para el paciente sino también para su familia y red social, mejorar las relaciones puede ser una meta final importante. En resumen, las metas de resultados finales se centran en disminuir la naturaleza intrusiva del TOC y elevar la calidad de vida general del paciente.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre estas metas para el TOC se hallan:

- Disminuir la valoración de pensamientos intrusivos.
- Reducir los comportamientos neutralizadores manifiestos.
- Limitar los comportamientos desadaptativos manifiestos.

Meta 1: Disminuir la valoración negativa de pensamientos intrusivos

Si bien más de 80% de la población ha tenido pensamientos intrusivos alguna vez (Salkovskis, Harrison, 1984), el TOC no es tan común. Lo que distingue a los individuos con TOC de las poblaciones no clínicas es su interpretación amenazadora errónea de la evaluación de los pensamientos. Esta valoración amenazadora causa tanto angustia como los consiguientes intentos por mitigarla.

La valoración amenazadora de pensamientos intrusivos se centra en ideas acerca de *responsabilidad* (p. ej., “si no me lavo las manos, voy a contagiar a mi familia”) y *peligro* (p. ej., “hay gérmenes tóxicos en todos lados”). Salkovskis (1985) propone que los individuos con TOC tienen esquemas exagerados de responsabilidad (p. ej., “es mi responsabilidad protegerme a mí y a mis seres queridos”) y peligro (p. ej., “es muy probable que pase algo malo”), lo que influye en su interpretación disfuncional de los pensamientos intrusivos. Así, estos individuos *sobrestiman* la probabilidad de peligro, su grado de responsabilidad en el peligro previsto y las consecuencias de ser responsable.

Tal sentido de responsabilidad respecto de un peligro inminente es básico para una formulación cognitiva del TOC y sirve para diferenciarlo de otros trastornos de ansiedad. Esta valoración de la responsabilidad da por resultado una atención selectiva al peligro, un estado de ánimo adverso (p. ej., angustia, afecto negativo) y estrategias de afrontamiento desadaptativas (p. ej., comportamientos neutralizadores manifiestos, evitación, supresión de pensamientos) lo que, a su vez, propicia dicha evaluación (Salkovskis, 1999; Salkovskis *et al.*, 2000). En consecuencia, se consolida un sistema que mantiene los síntomas del TOC de manera permanente.

La idea que alberga mucha gente con TOC de que los pensamientos negativos *causan* los sucesos negativos se encuentra relacionada con la evaluación de la responsabilidad; por ejemplo, la madre que tiene pensamientos negativos acerca de herir a su hijo cree que pensar en esta lesión causará el daño. A este fenómeno se le llama “fusión pensamiento-acción” (Amir, Freshman, Ramsey, Neary, Brigidi, 2001).

Las ideas habituales relacionadas con el TOC se listan como sigue (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 2001). Debido a la hipótesis de que dichas ideas desempeñan una función causal muy significativa en las obsesiones y compulsiones, son importantes objetivos potenciales del tratamiento.

- *Sobreestimación de pensamientos* (la idea de que la aparición de un pensamiento implica algo importante).
- *Necesidad de controlar los pensamientos* (la sobreestimación de la importancia de ejercer un control completo sobre los pensamientos, imágenes e impulsos intrusivos, así como la idea de que dicho control es tanto posible como deseable).

- *Perfeccionismo* (la tendencia a creer que *a*) hay una solución perfecta para todo problema, *b*) hacer algo a la perfección es tanto posible como necesario y *c*) que incluso los menores errores tienen graves consecuencias).
- *Responsabilidad exagerada* (la idea de que se tiene el poder de provocar o impedir resultados negativos cruciales).
- *Sobrestimación de la amenaza* (ideas que señalan un cálculo exagerado de la probabilidad o gravedad del perjuicio).
- *Intolerancia a la incertidumbre* (ideas de que *a*) es básico tener certeza de los sucesos, *b*) se tiene deficiente capacidad para afrontar un cambio impredecible y *c*) si una situación es ambigua, es muy difícil funcionar de manera adecuada).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Dysfunctional Thought Record* (Beck, 1995; *Registro de Pensamientos Disfuncionales*). Identifica situaciones que desencadenan pensamientos automáticos, pensamientos automáticos reales, emociones, contrapensamientos adaptativos, y consecuencias emocionales y cognitivas.
- *Interpretation of Intrusions Inventory* (Steketee, Frost, 2001; *Inventario de interpretación de intrusiones*). Evalúa la valoración e interpretación de los pensamientos intrusivos.
- *Obsessional Beliefs Questionnaire* (Steketee, Frost, 2001; *Cuestionario de creencias obsesivas*). Estima las suposiciones e ideas disfuncionales respecto de asuntos como dar demasiada importancia a los pensamientos y controlarlos, sobrestimación de la amenaza y responsabilidad.
- *Responsibility Attitude Scale* (Salkovskis *et al.*, 2000; *Escala de actitud hacia responsabilidad*). Valora las actitudes e ideas generales acerca de la responsabilidad propia percibida.
- *Responsibility Interpretation Questionnaire* (Salkovskis *et al.*, 2000; *Cuestionario de interpretación de la responsabilidad*). Mide la frecuencia y convicción de interpretaciones específicas del posible daño que provocan los pensamientos intrusivos.
- *Thought-Action Fusion* (Shafran, Thordarson, Rachman, 1996; *Fusión acción-pensamiento*). Evalúa las distorsiones cognitivas relacionadas con el TOC (p. ej., la idea de que pensar en un suceso problemático hará que suceda).

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.

- Estrategia de la gráfica de pastel.
- Terapia de resolución de problemas.

Reestructuración cognitiva. La reestructuración cognitiva pretende cambiar la valoración desadaptativa de los pensamientos intrusivos, en particular las valoraciones propias relacionadas con el daño y la responsabilidad (Emmelkamp, Beens, 1991). El primer paso es que los pacientes comprendan mejor estos pensamientos. Con técnicas como el descubrimiento guiado se “normaliza” la aparición de pensamientos intrusivos (p. ej., se presentan en más de 80% de la población) y se identifican las valoraciones de dichas intrusiones. Los objetivos específicos de la reestructuración cognitiva para el TOC son los pensamientos disfuncionales relacionados con la responsabilidad y el peligro con la meta de “descatastrofizar” los pensamientos intrusivos. Así, se enseña a los pacientes a *a)* modificar la interpretación de los pensamientos intrusivos como estímulos, *b)* identificar los pensamientos negativos automáticos, *c)* desafiar dichos pensamientos negativos automáticos y *d)* sustituirlos con cogniciones más adaptativas (van Oppen, de Haan, van Balkom, Spinhoven, 1995). El *diálogo socrático* para identificar y desafiar los pensamientos disfuncionales, los *análisis de costo-beneficio* que para analizar las valoraciones y las *actividades asignadas para la casa* que buscan promover la continuidad de las habilidades aprendidas, son componentes básicos de este enfoque para pacientes con TOC. La reestructuración cognitiva debe concentrarse más en elaborar explicaciones menos dañinas de las intrusiones que en refutar las ideas (Salkovskis, 1999).

La *técnica de la flecha descendente* es una útil herramienta adicional de la reestructuración cognitiva para el TOC; de manera específica, este procedimiento contribuye a identificar la interpretación de los pensamientos intrusivos al desafiar las suposiciones del paciente y destacar las consecuencias desadaptativas de las obsesiones. Al usar la técnica de la flecha descendente el terapeuta pide al paciente que identifique “qué habría de malo si” las suposiciones y los pensamientos fuesen ciertos.

Estrategia de la gráfica de pastel. Debido a que los pacientes con TOC a menudo sobrestiman su responsabilidad de un suceso negativo, se les instruye para que identifiquen su parte real de responsabilidad. Una técnica para realizar esta identificación implica elaborar una “gráfica de pastel” (Leahy, Holland, 2000). Aquí, se le pide al individuo que haga una lista con la gente que pudiera ser responsable de un suceso peligroso, encabezada por él mismo; después debe asignar la parte de responsabilidad de cada individuo de la lista, a partir del final. El porcentaje de responsabilidad se diagrama en una gráfica de pastel y la última cantidad de responsabilidad es asignada entonces al paciente. Esto permite modificar el pensamiento de “todo o nada” respecto de la responsabilidad que tendría en un suceso temido.

Terapia de resolución de problemas. Los pacientes con TOC por lo general no cuestionan la veracidad de su asignación de responsabilidad y peligro respecto de sus pensamientos intrusivos; además, siguen empleando técnicas de afrontamiento desadaptativas al lidiar con dichos pensamientos (p. ej., comportamientos compulsivos y evitativos). El entrenamiento de resolución de problemas facilita la adquisición de una mayor flexibilidad y adecuación de habilidades de afrontamiento (Nezu, en prensa). Aquí, el individuo aprende a generar diversas opciones para tratar sus pensamientos intrusivos en lugar de manifestar sus compulsiones habituales; por otra parte, se enseñan habilidades para tomar decisiones y aplicar soluciones. Con la terapia de resolución de problemas el paciente aprende a elaborar otras explicaciones para las intrusiones, así como formas más adaptativas de afrontarlas.

Meta 2: Reducir los comportamientos neutralizadores manifiestos

Como ya se mencionó, el TOC se caracteriza por compulsiones manifiestas que se ejecutan en un intento por disminuir la angustia y aumentar el control sobre los pensamientos intrusivos. Las compulsiones son eficaces para aminorar la angustia al corto plazo, pero la perpetúan al largo plazo.

Cuando se inicia el TOC, el individuo quizá intente contenerse de manifestar un comportamiento neutralizador. Sin embargo, este intento de resistirse a una compulsión da como resultado un aumento de la angustia, lo que el paciente percibe como algo que sólo se alivia al ejecutar tal comportamiento. Con el tiempo, y tras repetidos fracasos de “defenderse contra las obsesiones y compulsiones”, el individuo se abandona a ellas, sin experimentar ningún deseo de resistirlas, e incorpora los comportamientos a su rutina diaria.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Compulsive Activity Checklist* (Freund, Steketee, Foa, 1987; *Lista de Actividad Compulsiva*). Evalúa el daño a las actividades diarias producto de obsesiones y compulsiones.
- *Recuento de comportamientos rituales*. Registra la frecuencia y duración de rituales compulsivos.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Exposición y prevención de la respuesta.
- Modelado.
- Suspensión de rituales.

Exposición y prevención de la respuesta. La exposición y prevención de la respuesta (EER) implica *exponer* a los pacientes a sus obsesiones y, al mismo tiempo, obstruir el impulso a manifestar comportamientos neutralizadores. La exposición permite la habituación a los estímulos temidos (es decir, obsesiones), ya condicionados de manera clásica. Además, se previenen los comportamientos neutralizadores que ya se reforzaron (es decir, colaterales de la angustia temporalmente reducida). Así, los pacientes aprecian que su manera anterior de afrontar la angustia (comportamientos neutralizadores) no es necesaria ni eficaz. Este último aspecto de la EER es imperativo, en tanto la exposición sin prevención de respuesta sólo serviría para intensificar la respuesta temida (Foa, Franklin, 2001).

Para aplicar la EER se jerarquizan los temores y se expone al paciente a ellos de manera sistemática y progresiva. Algunas obsesiones son más favorables para la exposición de imágenes (p. ej., infanticidio), mientras que otras se abordan *in vivo* (p. ej., lavarse las manos después de tocar algo sucio). Cuando sea posible, el tratamiento debe incluir *ambos* tipos de situaciones de exposición. Así, por ejemplo, si bien es obvio que no resulta aconsejable animar a un paciente a que manifieste una conducta asociada con el pensamiento intrusivo de matar a un niño (es decir, cometer de verdad el delito), es necesario propiciar que el paciente *no* evada diversas situaciones que antes sirvieron como comportamientos neutralizadores (p. ej., dejar de visitar a la familia de un hermano para evitar a su sobrino). En general, la exposición excede lo que el paciente por lo común experimenta en la vida real (p. ej., frotarse las manos con polvo o tierra y no lavarlas después) en un intento por aumentar la habituación a los estímulos temidos.

Es importante observar que una forma de comportamiento neutralizador manifiesto implica algunas palabras tranquilizadoras por parte de los demás. Es decir, los pacientes buscan reafirmar con los demás de que su temor de hecho no se materializará y que se comparte la responsabilidad del peligro. En el contexto de la terapia, los pacientes quizá busquen esta reafirmación en el terapeuta respecto de su seguridad por medios verbales (p. ej., “¿no me va a pasar nada?”) o conductuales (p. ej., evaluar la reacción del terapeuta hacia la exposición). Es vital que el terapeuta ponga atención en *no* ofrecer este tipo de garantías o de brindar tal clase de seguridad durante el tratamiento de exposición.

Modelaje. En un intento por aumentar la cooperación con la EER, el terapeuta tal vez decida modelar la exposición y el protocolo de prevención de la respuesta desde muy al principio del tratamiento. Por ejemplo, un terapeuta que trabaje con un paciente que se lava de forma compulsiva puede despararrar papeles, libros y otros objetos en su escritorio. Si bien el modelaje facilitaría el compromiso con la EER, es vital que el paciente participe lo más pronto posible en la planeación y ejecución de esta técnica a fin de incrementar su independencia.

Suspensión de rituales. Antes de ejecutar un protocolo de prevención de la respuesta, quizá sea útil suspender la realización del ritual del paciente. Esto puede lograrse completando el comportamiento en una manera en extremo extensa y prolongada o que se repita una cantidad inusitada de veces (p. ej., en una serie de cinco si el comportamiento se suele realizar tres). De hecho, el paciente recibe la indicación de que posponga el ritual durante un periodo específico (p. ej., al principio un minuto, hasta llegar a varias horas), tras el cual decide si aún desea continuar con la conducta neutralizadora. A menudo, los pacientes se sorprenden de que, tras esperar un tiempo, no sienten la necesidad de practicar el ritual. Esto a menudo facilita la motivación y confianza en las bondades de la EER.

Meta 3: Limitar los comportamientos desadaptativos encubiertos

El TOC se describe como un tipo de fobia en el que los estímulos temidos son cogniciones. A diferencia de un objeto o experiencia, es difícil evitar los pensamientos. Así, las pacientes con TOC manifiestan conductas para disminuir la angustia asociada con las obsesiones. Sin embargo, de 20 a 25% de pacientes con TOC no exhibe comportamientos manifiestos. En cambio, se implementan los comportamientos desadaptativos manifiestos en un intento de aminorar la ansiedad relacionada con las obsesiones. Algunos ejemplos de éstos son la supresión del pensamiento y los pensamientos negociadores (p. ej., repetir plegarias o contar hasta cierto número).

Si bien la exposición y la obstrucción de respuesta se utilizan para los comportamientos desadaptativos manifiestos, hay algunas dudas respecto de este procedimiento a raíz de su inaccesibilidad. Más aún, en ocasiones ocurre la evitación manifiesta durante la exposición (es decir, el paciente no experimenta de verdad las obsesiones temidas). En un intento por impedir esto, el terapeuta le solicita que se someta de forma periódica a una puntuación de SUDS. Si los niveles de SUDS no son tan elevados como se esperaría, es factible que ocurra la evitación manifiesta. Las técnicas que se presentan en la siguiente sección pueden ser más eficaces para disminuir dichos comportamientos desadaptativos manifiestos.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Behavioral Avoidance Tests* (BAT; Steketee, Chambless, Tran, Worden, Gillis, 1996; *Pruebas de Evitación Conductual*). Evalúa la evitación conductual en etapas múltiples (p. ej., pensar en números “malos”).
- *Hierarchy of Avoidant Situations* (Leahy, Holland, 2000; *Jerarquía de Situaciones Evitadas*). Permite al paciente clasificar los pensamientos que se evitan de acuerdo con la cantidad de angustia prevista si fueran enfrentados.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Cintas de audio.
- Diario de supresión de pensamientos.
- Ensayos conductuales.

Cintas de audio. En un intento por exponer al paciente a su interpretación de las obsesiones y de impedir las conductas desadaptativas manifiestas, en ocasiones resultan útiles las *cintas de audio* (Leahy, Holland, 2000). Aquí, el paciente verbaliza sus pensamientos temidos, se graban y después se les escucha una y otra vez en la sesión y después de ella. Los estímulos vocales directos generan el acto de la supresión del pensamiento y otras conductas desadaptativas manifiestas difíciles, lo que permite la habituación. Conforme avanza el tratamiento, se graba una mayor variedad de temores para aumentar la generalización.

Diario de supresión de pensamientos. Los intentos de suprimir un pensamiento con frecuencia dan por resultado un *incremento* del mismo. Para que los pacientes experimenten esto de primera mano, se registra un diario de supresión de pensamientos. Aquí, el terapeuta pide al paciente que suprima sus pensamientos en días específicos y en otros no. Registran el tiempo real que se ocuparon en ellos y se observa un significativo aumento en los días cuando ocurrió la supresión.

Ensayos conductuales. Los ensayos conductuales son una intervención útil para los síntomas del TOC. En cuanto a los pensamientos desadaptativos manifiestos, el profesional pide al paciente que *trate de que ocurra* la catástrofe al repetir sus comportamientos manifiestos. Por ejemplo, se pide a una paciente que crea que su familia se va a enfermar si no se lava las manos, que ponga a prueba su hipótesis y deje de lavarse las manos, tras lo cual debe observar si le pasa algo a su familia.

Metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

- *Disminuir el estrés general.* Los síntomas del TOC aumentan en presencia de estresores. De hecho, más o menos en 60% de los casos se identifican estresores específicos precedentes a la aparición de los síntomas del TOC. A fin de disminuir los estresores, la terapia de resolución de problemas, la generación de apoyo social y el entrenamiento de relajación han demostrado su utilidad.
- *Mejorar las habilidades sociales.* Debido al compromiso emocional, cognitivo, conductual y de tiempo asociado con el TOC, se ven afectadas numerosas facetas de la vida del paciente, incluso las relaciones sociales.

- El funcionamiento social reducido se relaciona con resultados deficientes. Así, en el TOC, un componente importante de un plan de intervención general es mejorar las relaciones sociales (p. ej., entrenamiento en habilidades de comunicación, terapia conjunta y *role-playing*).
- *Reducir los síntomas depresivos*. Como ya se mencionó, las personas con TOC corren el riesgo de desarrollar síntomas depresivos significativos. Parece que estos síntomas son colaterales a la naturaleza desgastante del TOC. De manera específica, la falta de control percibida sobre los pensamientos origina desesperanza y otros síntomas depresivos. Para tratar estos síntomas se aplican la terapia cognitiva, la de resolución de problemas, la activación conductual y otras técnicas analizadas en el capítulo 5 sobre depresión.
 - *Disminuir la "ideación sobrevalorada"*. "Ideación sobrevalorada" es un término con que Foa (1979) describe a un subconjunto de individuos con TOC que están convencidos de que sus temores son realistas y de que sus rituales en verdad impiden sucesos negativos. Cuando están presentes estas sólidas convicciones, los pacientes no se benefician con la EER, pero requieren una terapia que aborde esas convicciones. La *terapia de reducción de la ideación del peligro* (Jones, Menzies, 1998) pretende cambiar estas ideas; esta técnica abarca entrenamiento de la atención, información correctiva, reestructuración cognitiva, testimonio de exposición y valoración de la probabilidad de una catástrofe sin exposición o prevención de recaídas. Este abordaje de tratamiento es valioso para pacientes que rechazan la exposición o para quienes no se benefician con la EER.
 - *Aumentar la autoeficiencia*. Los pacientes con TOC a menudo se sienten incapaces de controlar sus pensamientos y detener sus compulsiones, lo que potencialmente resulta en una disminución de su sensación de autoeficiencia. La terapia cognitiva, imaginación guiada positiva, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y terapia de solución de problemas pueden ayudar a aumentar la autoeficiencia y facilitar la participación del paciente en la terapia.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

La terapia cognitivo-conductual es un tratamiento eficaz para el TOC. No sólo las cogniciones, emociones y conductas se alteran con la TCC, sino que algunos estudios demuestran que ocurren cambios biológicos en el cerebro después de la terapia cognitivo-conductual que equivalen a los resultados de algunas intervenciones psicofarmacológicas (Baxter *et al.*, 1992).

La relajación es un componente importante de la terapia cognitivo-conductual para todo trastorno de ansiedad, incluso el TOC. La relajación muscular progresiva, la respiración diafragmática y las imágenes guiadas ayudan a aliviar la tensión muscular y psicológica. Sin embargo, es importante recordar que las habilidades de relajación *no* deben usarse durante la EER, a causa de la importancia de la exposición de los pacientes a sus experiencias temidas en esta intervención.

Como sucede con la mayoría de los problemas psicológicos, es importante considerar las *características culturales* al trabajar con pacientes que parezcan tener TOC. Por ejemplo, el temor a la lepra en África o las obsesiones con la limpieza en algunas culturas musulmanas son más comunes que en las culturas europeo-americanas. Al trabajar con pacientes afroestadunidenses, es útil tener en mente las influencias culturales potenciales, como el rechazo a comentar los síntomas del TOC con la familia y el terapeuta (Hatch, Friedman, Paradis, 1996).

Algunos autores recomiendan incluir un componente de prevención de recaídas con el fin de que los pacientes afronten mejor la posibilidad de obsesiones recurrentes (p. ej., Foa, Franklin, 2001). Aquí se explica que es factible que ocurra una reaparición temporal de síntomas del TOC pero que no debe interpretarse como un fracaso del tratamiento o personal. Además, se enseña a los pacientes a identificar causas potenciales de recaídas (p. ej., estresores) y la forma de afrontar con eficacia esas circunstancias.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Amir, N., Freshman, M., Ramsey, B., Neary, E., Brigidi, B. (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Baxter, L. R., Jr., Schwartz, J. M., Bergman, K. S., Szuba, M. P., Guze, B. H., Mazziotta, J. C. *et al.* (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., Sternberger, L. G. (1996). Revision of the Padua Inventory of obsessive-compulsive disorder symptoms: Dis-

- inctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.
- Emmelkamp, P. M., Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 293-300.
- Foa, E. B. (1979). Failure in treating obsessive-compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 169-176.
- Foa, E. B., Franklin, M. E. (2001). Obsessive-compulsive disorder. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd. ed.) (pp. 209-263). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Salkovskis, P. M., Coles, M. E., Amir, N. (1998). The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The Obsessive-Compulsive Inventory. *Psychological Assessment*, 10, 206-214.
- Foa, E. B., Kozak, M. J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. In: M. Mavissakalian, R. F. Prien (Eds.). *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 285-309). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Freund, B., Steketee, G., Foa, E. (1987). Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment*, 9, 67-79.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hatch, M. L., Friedman, S., Paradis, C. M. (1996). Behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in African Americans. *Cognitive and Behavioral Practice*, 3, 301-315.
- Hodgson, R. J., Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Jones, M. K., Menzies, R. G. (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive compulsive washers: A controlled trial. *Behaviour Research & Therapy*, 26, 959-970.
- Karno, M. G., Golding, M., Sorensen, S. B., Burnam, A. (1988). The epidemiology of OCD in five U.S. communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Leahy, R. L., Holland, S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Neziroglu, F., McKay, D., Yaryura-Tobias, J. A., Stevens, K. P., Todaro, J. (1999). The Overvalued Ideas Scale: Development, reliability and validity in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 881-902.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.

- Obsessive-Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Overholser, J. C. (1999). Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 29, 369-382.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (suppl. 1), S29-S52.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C. *et al.* (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Shafran, R., Thordarson, D. S., Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 379-391.
- Steketee, G., Chambless, D. L., Tran, G. Q., Worden, H., Gillis, M. M. (1996). Behavioral avoidance test for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 73-83.
- Steketee, G., Frost, R. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.

Trastorno por estrés postraumático

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) es el cuarto desorden psiquiátrico más común en Estados Unidos. El TEPT es en extremo desgastante y genera un daño significativo en numerosas facetas de la calidad de vida general de una persona.

De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), la característica esencial del TEPT es el desarrollo de síntomas característicos en una persona luego de que “ha experimentado, presenciado o le han relatado uno o más acontecimientos caracterizados por muertos o amenazas para su integridad física o la de los demás” (DSM-IV-TR, 2000). La respuesta de la persona al suceso debe presentar temor, desesperanza o terror. Los síntomas característicos que resultan de la exposición directa son la reexperiencia persistente del suceso traumático, evitación de estímulos asociados con el trauma, embotamiento de la capacidad general de respuesta y síntomas de activación elevada. El cuadro clínico completo debe estar presente durante más de un mes, y la perturbación tiene que causar malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.

La vivencia repetida del suceso traumático ocurre de cualquiera de las siguientes formas: *a)* recuerdos angustiantes, recurrentes e intrusivos del acontecimiento, *b)* sueños angustiantes y recurrentes al respecto, *c)* actuar como si ocurriese el hecho en ese momento, o sentirlo así (p. ej., una sensación de re-

vivir la experiencia, *flashbacks* disociativos), *d*) intensa angustia psicológica al exponerse a estímulos asociados con el hecho traumático, y *e*) reactividad fisiológica a la exposición a sugerencias internas o externas que se asemejen de alguna manera al suceso traumático. El individuo con TEPT intenta evadir los estímulos relacionados con el trauma y embotarse en sentido psicológico evitando pensamientos, sentimientos o conversaciones vinculadas con el trauma, así como actividades, lugares o gente que provoque recuerdos del mismo. Hay una incapacidad de recordar aspectos importantes del trauma, junto con un marcado desinterés en actividades significativas. Además, la persona con TEPT tiene sentimientos de desapego o distanciamiento de los demás, un horizonte limitado de afecto (p. ej., incapaz de albergar sentimientos amorosos) y un sentimiento de un futuro poco promisorio (p. ej., no se espera llegar a una edad avanzada). Se manifiesta una activación elevada con dificultades para dormir o permanecer dormido, irritabilidad o brotes de ira, dificultad para concentrarse, hipervigilancia y una exagerada respuesta a los ruidos sorpresivos.

El TEPT puede ser *agudo* (es decir, síntomas que duran menos de tres meses) o *crónico* (duración de más de tres meses); este último es el más común. Si bien los síntomas se desarrollan poco después de la exposición al trauma, se especifica “de inicio demorado” si su inicio ocurre al menos seis meses después del hecho.

La tasa global de prevalencia del TEPT es de 9.5%, con una tasa del doble para mujeres (11.3%) en comparación con varones (5.6%; Kessler *et al.*, 1995). En las poblaciones civiles, el asalto sexual, físico y los accidentes automovilísticos son los precedentes más comunes del TEPT (Norris, 1992). Quienes ayudan a otras personas durante los sucesos traumáticos también corren un riesgo elevado de manifestarlo, incluso el personal de organismos que velan por la seguridad y de equipos de emergencias (p. ej., policías, paramédicos y bomberos). Otras poblaciones también corren riesgo de presentar TEPT; por ejemplo, 30% de los veteranos de Vietnam (Foy, 1992) y de 31 a 57% de víctimas de violación (Foa, Riggs, 1994) cumplen los criterios para este trastorno.

Además de los criterios de diagnóstico anteriores, el TEPT se caracteriza por diversas manifestaciones asociadas comunes. Los individuos con TEPT quizá describan sentimientos dolorosos de culpa por sobrevivir cuando los demás no pudieron hacerlo, o sobre las acciones que emprendieron para sobrevivir. La evitación fóbica de situaciones o actividades que recuerden el trauma original llega a interferir con las relaciones interpersonales, lo cual a menudo causa conflictos maritales, divorcio o la pérdida del empleo. Las relaciones interpersonales en ocasiones se caracterizan también por alejamiento social, hostilidad y dificultad para relacionarse con los demás. Más aún, hay un cambio de la “personalidad” individual previa, como sentimientos de ineficiencia, vergüenza o desesperanza, una pérdida de creencias y un sentimiento de amenaza constante.

El *TEPT complejo*, también conocidos como “trastornos de estrés extremo”, son un conjunto de síntomas asociados que por lo común se presentan con el TEPT. Algunos de estos síntomas son impulsividad, dificultades para regular las emociones, síntomas disociativos, problemas sexuales y dolencias somáticas. Respecto de estas últimas, los pacientes con TEPT corren un mayor riesgo de padecer un decaimiento en su salud física asociada con una mayor asistencia a los servicios de salud, así como mayores índices de mortalidad (Schnurr, Friedman, Sengupta, Jankowski, Homes, 2000).

No todos los individuos que experimentan un trauma grave desarrollan TEPT. La gravedad, duración y proximidad de la exposición de un individuo al hecho traumático son los factores más importantes que inciden sobre la probabilidad de desarrollar este trastorno. Hay evidencias de que los individuos con trastornos psiquiátricos preexistentes, historia familiar de psicopatología, infancia difícil (p. ej., pobreza), deficiente capacidad de afrontamiento, escaso apoyo social y grave reacción inicial al trauma, son más vulnerables al TEPT. Sin embargo, este trastorno llega a observarse en individuos sin ninguna condición de predisposición, de manera más notable si el estresor es en particular extremo.

Aspectos del diagnóstico diferencial

Muchos síntomas se traslapan entre el TEPT y otros trastornos psiquiátricos, lo que hace necesario un diagnóstico diferencial. Similar al TEPT, el *trastorno de ajuste* requiere la presencia de un estresor, aunque éste puede no ser tan extremo o traumático y los síntomas no cumplen los criterios para el TEPT. Por el contrario, el *trastorno por estrés agudo* difiere del TEPT sólo por su duración, pues los síntomas que se manifiestan en el primero se desarrollan y resuelven antes de cuatro semanas; si persisten después de este lapso, el diagnóstico de TEPT es un hecho. En el *trastorno obsesivo-compulsivo* y de *ansiedad generalizada* puede haber pensamientos intrusivos, pero ninguno se basa en revivir un trauma. La *esquizofrenia* y otros *trastornos psicóticos* se caracterizan por alteraciones perceptuales (p. ej., alucinaciones), en contraste con el TEPT, en el que los *flashbacks* tienen como fundamento la vivencia repetida del trauma. Por último, a diferencia del TEPT, la simulación (*malingering*) implica la elaboración fingida de síntomas para obtener algún beneficio (p. ej., financiero, legal por demandas).

Aspectos de comorbilidad

El TEPT pocas veces ocurre de manera aislada; un 88% de los varones con TEPT tienen diagnósticos comórbidos; los más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada, el de angustia, la fobia simple, agorafobia, trastorno de estado de ánimo (p. ej., trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno bipolar) y abuso de sustancias/alcohol. De manera semejante, 79% de las mujeres con TEPT tienen diagnósticos comórbidos, sobre todo agorafobia y trastorno de angustia, trastorno depresivo mayor, abuso de alcohol y sustancias, y trastorno disocial. Los trastornos psiquiátricos premórbidos son un factor de riesgo para desarrollar TEPT. De hecho, algunos trastornos psiquiátricos (p. ej., trastornos por consumo de sustancias y trastornos conductuales) llegan a predisponer la experiencia de un hecho traumático.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

A menudo, el TEPT no se identifica en los pacientes. Más de 60% de varones y 50% de mujeres en Estados Unidos reportan haber experimentado un hecho traumático en su vida, la mayoría habiendo experimentado traumas múltiples. Por el elevado índice tanto de experiencias traumáticas en la población general como de comorbilidad en quienes padecen el TEPT, es importante evaluar la presencia de TEPT en pacientes que presentan otros trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y de abuso de sustancias.

Como es evidente por la gran cantidad de mediciones listadas a continuación, existen numerosos cuestionarios para valorar el TEPT. Por comodidad, los instrumentos autoaplicables se presentan de acuerdo con la evaluación primaria de hechos traumáticos o síntomas de TEPT (en Antony, Orsillo, Roemer, 2001 hay una reseña de estas herramientas de evaluación).

Evaluaciones clínicas

- *Clinician-Administered PTSD Scale* (Blake *et al.*, 1990; Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, 1995; *Escala de TEPT Administrada por el Clínico*). Útil para diagnosticar el TEPT.
- *PTSD Symptom Scale-Interview* (Foa, Riggs, Dancu, Rothbaum, 1993; *Entrevista de Escala de Síntomas de TEPT*). Diagnostica y evalúa la gravedad de síntomas del TEPT.
- *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders* (First, Spitzer, Gibbon, Williams, 2001; *Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos*

de Eje I del DSM-IV-TR). Evalúa trastornos del Eje I (el módulo del TEPT es sensible y confiable).

- *Structured Interview for Disorders of Extreme Distress* (Pelcovitz et al., 1997; *Entrevista Estructurada para Trastornos de Angustia Extrema*). Mide una amplia variedad de respuestas al trauma (p. ej., regulación del afecto, relaciones con los demás, percepción de sí mismo y del perpetrador, somatización).
- *Structured Interview for PTSD* (Davidson et al., 1997; Davidson, Smith, Kudler, 1989; *Entrevista Estructurada para TEPT*). Diagnostica y evalúa la gravedad de los síntomas del TEPT además de la culpa del sobreviviente y conducta de culpa.

Instrumentos autoaplicables

Sucesos

- *Stressful Life Events Screening Questionnaire* (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, Green, 1998; *Cuestionario para Monitoreo de Sucesos Estresantes de Vida*). Evalúa la exposición durante el transcurso de la vida a sucesos traumáticos.
- *Traumatic Events Questionnaire* (Vrana, Lauterbach, 1994; *Cuestionario de Sucesos Traumáticos*). Valora el tipo, frecuencia y gravedad de experiencias traumáticas.
- *Traumatic Life Events Questionnaire* (Kubany, Leisen, Kaplan, Kelly, 2000; *Cuestionario de Sucesos Traumáticos de Vida*). Aborda la exposición y reacción a sucesos traumáticos.

Síntomas

- *Crime Related Post-Traumatic Stress Disorder Scale* (Saunders, Arata, Kilpatrick, 1990; *Escala de Trastorno por Estrés Postraumático Relacionado con el Crimen*). Evalúa síntomas de TEPT respecto de sucesos relacionados con crímenes.
- *Davidson Trauma Scale* (Davidson et al., 1997; *Escala de Trauma de Davidson*). Estima la frecuencia y gravedad de síntomas de TEPT.
- *Keane PTSD Scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (Keane, Malloy, Fairbank, 1984; *Escala de TEPT de Keane del Inventario de personalidad multifásico de Minnesota-2*). Valora síntomas de TEPT.
- *Mississippi Scale for PTSD* (Keane, Caddell, Taylor, 1988; *Escala de Mississippi para el TEPT*). evalúa síntomas de TEPT (p. ej., vivencias repetidas, evitación y embotamiento, e hiperactivación).

- *Penn Inventory for PTSD* (Hammarberg, 1992; *Inventario de Penn para TEPT*). Aborda la frecuencia y gravedad de síntomas de TEPT.
- *Posttraumatic Diagnostic Scale* (Foa, Cashman, Jaycox, Perry, 1997; *Escala de Diagnóstico Postraumático*). Diagnostica el TEPT y la gravedad de los síntomas.
- *PTSD Checklist* (Blanchard, Jones-Alexander, Buckley, Forneris, 1996; *Lista de TEPT*). Mide la gravedad de los síntomas de TEPT.
- *Purdue PTSD Scale-Revised* (Lauterbach, Vrana, 1996; *Escala de TEPT de Purdue-Revisada*). Evalúa la frecuencia de cada síntoma de los criterios diagnósticos de TEPT.
- *Short Screening Scale for PTSD* (Breslau, Peterson, Kessler, Schultz, 1999; *Escala Breve de Monitoreo para TEPT*). Examina la presencia de TEPT en personas que experimentaron un suceso traumático.
- *Trauma Symptom Inventory* (Briere, Elliott, Harris, Cotman, 1995; *Inventario de síntomas de trauma*). Evalúa el TEPT y síntomas asociados (p. ej., ira/irritabilidad, comportamiento sexual disfuncional, autorreferencia deteriorada).

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Debido al deterioro significativo que experimentan los pacientes con TEPT, las metas de resultados finales se dirigen a mejorar el funcionamiento general y la calidad de vida. Entre las metas específicas está disminuir los síntomas emocionales, cognitivos, conductuales y físicos de la angustia y la ansiedad. Mejorar las relaciones sociales y la capacidad de trabajar fuera de casa (o ir a la escuela) son metas finales adicionales. Además, el tratamiento con TCC pretende reducir la psicopatología asociada (p. ej., deficiente control de la ira) y problemas comórbidos (p. ej., abuso de sustancias).

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre los objetivos al tratar el TEPT se encuentran los siguientes:

- Reducir la activación psicofisiológica.
- Disminuir las ideas disfuncionales.
- Mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento.

Meta 1: Reducir la activación psicofisiológica

El TEPT requiere no sólo la experiencia (real o indirecta) de un suceso traumático, sino también el temor y angustia que se perciben como incontrollables. Lo anterior da por resultado pensamientos intrusivos, activación elevada y evitación. La teoría del aprendizaje postula que los pensamientos intrusivos y la angustia fisiológica intensificados se deben al condicionamiento clásico (es decir, parcar ciertos estímulos tales como señales cognitivas o ambientales con reacciones negativas al trauma), a la generalización de estímulos y al condicionamiento de segundo orden. En un intento por disminuir la angustia física y psicológica, los pacientes con TEPT evitan la exposición a los estímulos asociados con el trauma. Esto genera un reforzamiento negativo, lo que aumenta la probabilidad de más evitación, la cual se manifiesta de varias maneras (supresión del pensamiento, procesamiento emocional disminuido y alejamiento de personas o lugares que recuerden al individuo el suceso traumático).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Impact of Events Scale* (Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979; Weiss, Marmar, 1997; *Escala del impacto de eventos*). Estima la intrusión y evitación relacionadas con un hecho traumático.
- *Accident Fear Questionnaire* (Kuch, Cox, Drenfeld, 1995; *Cuestionario de temor a accidentes*). Evalúa la ansiedad y evitación relacionadas con un accidente vehicular.
- Evaluación fisiológica: aborda la activación elevada vía el funcionamiento autónomo (p. ej., ritmo cardíaco, presión arterial, electromiografía, respuesta galvánica epitelial).
- *Subjective Units of Distress Scale* (SUDS; *Escala de Unidades Subjetivas de Angustia*). Evalúa el grado autoinformado de angustia fisiológica o psicológica de los pacientes, en una escala de 0 (sin angustia en absoluto) a 100 (la mayor angustia que han sentido jamás).
- *Behavioral Avoidance Test* (BAT; *Prueba de Conducta de Evitación*). Jerarquía de estímulos evitados ajustados al paciente; se emplea junto con la SUDS.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Exposición prolongada.
- Terapia de exposición de canales múltiples.
- Manejo de la ansiedad.

Exposición prolongada. En la exposición prolongada, también conocida como inundación, los pacientes enfrentan los estímulos temidos a través de presentaciones *imaginarias* o *in vivo* a fin de romper el círculo vicioso de evitación y activación. Los pacientes se dan cuenta de que, a diferencia de su idea de que la ansiedad continuará en aumento al enfrentarse a los estímulos traumáticos, los síntomas de angustia disminuyen. Como resultado, la evitación como forma de afrontamiento deja de ser necesaria (Taylor *et al.*, 2003).

En la exposición prolongada se elabora una jerarquía de temores que clasifica los estímulos relacionados con el trauma que provocan ansiedad. Al aplicar esta técnica en su modalidad imaginaria, el terapeuta indica al paciente que liste, en *tiempo presente*, tantos detalles sobre el hecho traumático como logre recordar durante 45 a 60 minutos. La narración debe mencionar señales tanto *externas* (p. ej., ambientales, interpersonales) como *internas* (p. ej., pensamientos, reacciones fisiológicas). Tal exposición prolongada permite que el paciente se habitúe a las experiencias angustiantes del suceso traumático. La narración se graba y el paciente escucha las cintas en su casa hasta lograr una reducción de 50% en la SUDS. Por el contrario, la exposición *in vivo* implica un contacto con los estímulos temidos real (p. ej., lugares evitados).

La *exposición virtual* es una alternativa a la imaginaria, e incorpora gráficas de computadora, aparatos de registro corporal y estimulación de varios sentidos (p. ej., vista, oído). Los veteranos de Vietnam, por ejemplo, han recibido un tratamiento exitoso del protocolo de realidad virtual (Rothbaum, Hodges, Ready, Graap, Alarcon, 2001). La exposición virtual ha demostrado su utilidad para el TEPT relacionado con los ataques terroristas del 11 de septiembre en EUA (Difede, Hoffman, Jayshinghe, 2002).

Terapia de exposición de canales múltiples. Se diseñó la terapia de exposición de canales múltiples en respuesta a la frecuencia de crisis de angustia en personas con TEPT. Falsetti y colaboradores (Falsetti, Resnick, Dansky, Lydiard, Kilpatrick, 1995) elaboraron un modelo de angustia en personas con TEPT que sugiere que los hechos traumáticos tal vez indujeron una crisis de angustia. Más tarde, las señales externas (p. ej., lugares o sonidos asociados con el trauma) e internas (p. ej., angustia emocional, activación fisiológica, cogniciones desadaptativas como “me voy a volver loco”) desatan las crisis de angustia subsecuentes. Los síntomas específicos del TEPT (como hiperactivación e hipervigilancia) aumentan más la susceptibilidad propia a la angustia. El propósito de la terapia de exposición de canales múltiples es cubrir la exposición, primero a las sensaciones fisiológicas asociadas con las crisis de angustia, mediante la exposición interoceptiva. Después, los pacientes participan en la exposición a las señales cognitivas y conductuales del trauma que se están evitando. Así, esta progresión disminuye el temor adicional de experimentar angustia al aplicar la exposición tradicional en pacientes con TEPT. De hecho, se ofrece psicoeduca-

ción respecto de las crisis de angustia y el TEPT, además de reestructuración cognitiva, la cual aborda distorsiones. La terapia de exposición de canales múltiples, con manuales disponibles para pacientes y terapeutas (Falsetti, Resnick, 1997a; Falsetti, Resnick, 1997b, respectivamente), ha demostrado su eficacia en el tratamiento de mujeres con una amplia variedad de experiencias traumáticas (Falsetti *et al.*, 1995).

Manejo de la ansiedad. El manejo de la ansiedad implica enseñar diversas técnicas para tratar con la ansiedad. Algunos ejemplos son el entrenamiento de relajación, la respiración diafragmática, autodeclaraciones positivas y biorretroalimentación. Respecto de esta última, aprender a identificar y controlar la tensión muscular facilita la reducción de los síntomas de ansiedad. El entrenamiento para manejar la ansiedad, la incorporación de la educación para identificar las señales cognitivas y físicas de ansiedad, y contrarrestar las escenas que provocan ansiedad con relajación disminuye la frecuencia e intensidad de pensamientos intrusivos y de evitación para los pacientes con TEPT (Pantalon, Motta, 1998).

Meta 2: Disminuir las ideas disfuncionales

Existen varias teorías respecto del papel de las ideas disfuncionales en el TEPT. Ehlers y Clark (2000) destacan el procesamiento desadaptativo de información en el TEPT; de modo específico, el individuo con TEPT es enseñado a procesar la experiencia traumática con la interpretación de que la amenaza continúa estando presente. Tal expectativa de amenaza da por resultado una atención selectiva a los estímulos amenazadores, intrusiones cognitivas, activación fisiológica, angustia psicológica y habilidades de afrontamiento desadaptativas (p. ej., evasión). Con un paradigma cognitivo constructivista, McCann y Pearlman (1990a) plantean que la traumatización genera conflictos cognitivos que dan origen a pensamientos intrusivos, pesadillas, activación y evitación. De manera específica, hay una perturbación de esquemas específicos (p. ej., seguridad, confianza, independencia, poder, estima e intimidad) acerca de sí mismo y de los demás que difiere del esquema cognitivo que se albergaba antes del trauma. Resick y Schnicke (1993) van más allá y conjeturan que los pacientes a menudo son incapaces de procesar eficazmente de manera cognitiva el hecho traumático dentro de su esquema disponible. Como resultado, en ocasiones sobrevienen la *asimilación* desadaptativa (es decir, se cambia la comprensión del suceso con el fin de ajustarlo a esquemas preexistentes) o la *acomodación* desadaptativa (esto es, se modifican las ideas previas para que correspondan con el hecho). El procesamiento cognitivo ineficaz genera intrusión de pensamiento, angustia y afrontamiento desadaptativo.

La culpa es una emoción predominante que surge de cogniciones erróneas. Quizá se encuentre relacionada con la supervivencia (p. ej., “debí haber muerto con los demás en ese accidente de auto”), acciones anteriores al trauma (p. ej., “nunca debí haber ido a su casa”) y conducta durante el mismo (p. ej., “sólo personas horribles cometerían esos actos de guerra”).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Trauma-Related Guilt Inventory* (Kubany, Haynes, Abueg, Manke, 1996; *Inventario de Culpa Relacionada con el Trauma*). Evalúa la culpa cognitiva y emocional relacionada con la experiencia de un hecho traumático.
- *Dysfunctional Thought Record* (Beck, 1995; *Registro de Pensamientos Disfuncionales*). Identifica los pensamientos automáticos y las situaciones que los detonan, pensamientos automáticos reales, emociones, contrapensamientos adaptativos y consecuencias emocionales y cognitivas.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Autodiálogo guiado.
- Ensayos conductuales.
- Detención de pensamientos.

Reestructuración cognitiva. La meta de la reestructuración cognitiva es identificar y modificar las cogniciones desadaptativas. Estas últimas quizá sean una evaluación negativa (“esta situación es más de lo que puedo manejar”; “no me puedo relacionar con otras personas”), suposiciones negativas (“no es posible confiar en nadie”; “el mundo es un lugar peligroso”) y autoesquemas negativos (“soy vulnerable”; “debo ser una mala persona para que esto me haya pasado a mí”). Tras aprender a identificar las ideas disfuncionales se instruye a los pacientes a valorar su precisión y a reconocer distorsiones (p. ej., catastrofismo, adivinaciones, atención selectiva). Después, los pacientes aprenden a desarrollar cogniciones más adaptativas.

Algunas cogniciones pueden entorpecer la participación en el tratamiento. Por ejemplo, a menudo los pacientes albergan ideas desadaptativas acerca de comentar el trauma (“es peligroso pensar en el trauma, aunque sea en un lugar seguro”; “pensar en el hecho traumático hará que me pase otra vez”; “si experimento ansiedad, voy a perder el control”). Las técnicas de reestructuración cognitiva facilitan la identificación y modificación de dichas ideas disfuncionales lo cual, a su vez, mejora la participación en el tratamiento.

La psicoeducación es un componente importante de la reestructuración cognitiva. Los pacientes aprenden respuestas emocionales comunes (p. ej., temor, ira, culpa), fisiológicas (p. ej., hiperactivación), de atención (p. ej., hipervigilancia), cognitivas (p. ej., culparse a sí mismos, pérdida de la confianza en los demás) y conductuales (p. ej., evitación, brotes de ira) a los sucesos traumáticos. Se identifican las cogniciones erróneas como la razón de dichas reacciones características y desadaptativas.

Revivir el trauma es una intervención que incorpora la reestructuración cognitiva y la exposición. Se instruye a los pacientes a que describan de forma vívida el suceso (ya sea de manera verbal o por escrito) en un intento por cambiar las cogniciones desadaptativas. Con esta intervención para las víctimas de violación, Resick y Schnicke (1993) elaboraron la *terapia de procesamiento cognitivo*, en la que los pacientes escriben, con detalles concisos, su experiencia traumática y después la leen en voz alta. Entonces se identifican los “puntos oscuros” o información que no se ha procesado con eficacia; tales puntos oscuros a menudo tienen que ver con esquemas de seguridad, confianza, poder, estima e intimidación. Se modifican las cogniciones desadaptativas mediante técnicas de reestructuración cognitiva y después se incorporan conforme los pacientes reviven de nuevo el trauma. La terapia de procesamiento cognitivo es en especial eficaz al tratar la culpa relacionada con el TEPT (Resick, Nishith, Weaver, Astin, Feuer, 2002).

Autodiálogo guiado. Tras identificar las cogniciones desadaptativas, el autodiálogo guiado es útil para fomentar autodeclaraciones más positivas. Con esta técnica, se formula a los pacientes una serie de preguntas que facilitan la identificación de autoverbalizaciones más adaptativas. Entre los temas más específicos se encuentran la identificación precisa de la probabilidad de peligro, la autoeficiencia respecto de la capacidad propia de afrontar situaciones estresantes y el autorrefuerzo del arduo trabajo propio. Después, los pacientes repiten las autodeclaraciones positivas mientras se preparan para los estímulos temidos y los enfrentan. Así, el autodiálogo guiado facilita el empleo del recién aprendido procesamiento cognitivo.

Ensayos conductuales. Como ya se mencionó, los pacientes con TEPT anticipan el daño. Los ensayos conductuales permiten que el individuo ponga a prueba hipótesis acerca de su grado actual de peligro; aunque guardan semejanza con la exposición *in vivo* —dado que ambos implican que los pacientes emprendan una actividad antes evitada—, sus objetivos son un tanto distintos. La meta de la exposición prolongada es la habituación a la activación fisiológica y psicológica. El objetivo de los ensayos conductuales es poner a prueba suposiciones desadaptativas para determinar su veracidad. Algunos ejemplos de ensayos conductuales para una víctima de violación que alberga la idea de que “si salgo otra vez, alguien me va a atacar” son: salir con amigos, ir a lugares

públicos (p. ej., un restaurante) o, a la larga, aceptar una cita. Se instruye a los pacientes con TEPT relacionado con un accidente vehicular y la idea de que “si regreso al lugar del percance, me va a pasar algo otra vez” a que regresen al sitio del accidente y evalúen qué tan ciertas son sus previsiones. Durante los ensayos conductuales es importante que los pacientes no manifiesten sus comportamientos de seguridad (p. ej., algunos sujetan con fuerza el volante cuando se dirigen al lugar del accidente), pues tales acciones impiden que experimenten la naturaleza errónea de sus cogniciones (p. ej., “voy a estar bien si sujeto el volante con todas mis fuerzas”).

Detención de pensamientos. En la detención de pensamientos, el paciente pone en práctica un estímulo aversivo en un intento por detener los pensamientos intrusivos y obsesivos. Durante el transcurso de esta intervención, el procedimiento puede progresar desde soltar con fuerza una liga en la muñeca y gritar “¡basta!”, hasta sólo esto último, murmurar y a la larga decir “basta” en silencio. Es importante recordar que la detención de pensamientos no debe aplicarse de modo concurrente con otras técnicas ya mencionadas, pues es factible que impida la experimentación y procesamiento del hecho traumático.

Meta 3: Mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento

Los individuos con TEPT a menudo emplean habilidades de afrontamiento desadaptativas (Nezu, Carnevale, 1987). Además de la evitación psicológica y el embotamiento emocional que se analizó en la primera meta instrumental, predomina en el TEPT una buena parte de afrontamiento desadaptativo (p. ej., distanciamiento social, aislamiento físico, problemas en el manejo de la ira). El afrontamiento adaptativo (p. ej., resistencia, uso de apoyo social) no sólo mejora el estado de ánimo, sino que propicia la participación en intervenciones subsiguientes de exposición (Cloitre, Koenen, Cohen, Han, 2002); de hecho, parece mediar el desarrollo del TEPT (King, King, Fairbank, Keane, Adams, 1998).

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de inoculación de estrés.
- Terapia de resolución de problemas.
- Entrenamiento de manejo afectivo.

Entrenamiento de inoculación de estrés. Esta técnica se centra en aumentar la autosupervisión durante situaciones provocadoras de estrés en un intento por poner en práctica habilidades adaptativas de afrontamiento. El entrenamiento de inoculación de estrés implica educación (p. ej., aspectos biopsicosociales del

temor), obtención de habilidades y aplicación de las habilidades aprendidas. Las habilidades de afrontamiento pueden ser relajación, respiración diafragmática, ensayo disfrazado, *role-plays* e imágenes guiadas. En el *ensayo disfrazado*, los pacientes imaginan estar en una situación provocadora de estrés y afrontarla de modo exitoso. De manera correspondiente, la persona practica habilidades de afrontamiento mediante *role-playing*; algunos ejemplos son un *role-play* que implique interacciones con individuos a quienes el paciente antes evitaba. Las *imágenes guiadas* supone llevar al individuo a una inducción en la que aplique con éxito las habilidades adaptativas de afrontamiento aprendidas (p. ej., manejar sin problemas al trabajo al pasar por la escena del accidente vehicular).

Terapia de resolución de problemas. Algunos pacientes con TEPT exhiben habilidades ineficaces de resolución de problemas (Nezu, Carnevale, 1987) y a menudo se sienten confundidos, desesperanzados e impotentes respecto de lo que pueden hacer para ayudarse a sí mismos. La terapia de resolución de problemas sociales (D’Zurilla, Nezu, 1999; Nezu, en prensa) aborda dichas deficiencias de afrontamiento; en particular, el entrenamiento de orientación del problema mejora las creencias de los pacientes de que *son capaces* de afrontar con eficiencia. El entrenamiento en habilidades específicas de resolución de problemas mejora la capacidad de estos individuos para afrontar el estrés.

Entrenamiento de manejo afectivo. En un intento por afinar las habilidades de afrontamiento en personas con TEPT son útiles distintos tipos de manejo afectivo (p. ej., abordar la desregulación afectiva y la ira). La desregulación del afecto (es decir, la incapacidad de afrontar con eficiencia o tolerar emociones intensas) es común en personas con TEPT y a menudo entorpece de modo significativo la calidad de vida (p. ej., dificultades en las relaciones interpersonales o angustia psicológica). En vista de dichas habilidades de afrontamiento deficientes, se sostiene que la terapia de exposición también llega a ser abrumadora, al menos al principio, para algunas personas con TEPT (Wolfsdorf, Zlotnick, 2001). Así, el entrenamiento en formas adaptativas y benéficas para enfrentar emociones en ocasiones es un paso inicial importante. Las intervenciones para disminuir la desregulación afectiva conllevan abordar las distorsiones cognitivas relacionadas con el afecto e intentar aumentar la tolerancia a la angustia. Se enseñan habilidades específicas como identificar emociones, habilidades “auto-tranquilizantes” y elaborar un plan de crisis.

El manejo de la ira puede ser, asimismo, un componente importante de un control eficaz del afecto. Los problemas en el manejo de la ira son frecuentes en el TEPT, y generan un funcionamiento psicológico, social, laboral o académico adverso. Al tratar problemas de ira se establece un vínculo entre las experiencias traumáticas y la ira en curso. El individuo es enseñado a identificar las señales emocionales, físicas, cognitivas y conductuales de la ira, a reconocer las consecuencias negativas de su ira actual (p. ej., en los ámbitos interpersonal,

intrapersonal, laboral), a detectar detonantes específicos y a elaborar habilidades de afrontamiento para manejar su enojo con eficacia. Estas habilidades de afrontamiento en ocasiones incluyen relajación, ejercicio, resolución de problemas, llevar un diario o hablar con un amigo o terapeuta (véase también el capítulo 15).

Metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

- *Disminuir las perturbaciones del sueño.* En el TEPT son comunes el insomnio y las pesadillas, lo que contribuye a mayor angustia y menor funcionamiento. El insomnio puede tratarse con higiene del sueño (es decir, abandonar los comportamientos que contribuyen al insomnio), control de estímulos (p. ej., reducir el tiempo del despertar en la cama) y la restricción del sueño (p. ej., el paciente sólo puede dormir en horas especificadas, sin siestas). Las pesadillas se tratan con una técnica llamada *ensayo de imágenes* según la cual se instruye al individuo a transformar la escena de la pesadilla, cuando se despierta, en un escenario de mayor control y después ensayar esta imagen nueva y más placentera en su imaginación (Forbes, Phelps, McHugh, 2001).
- *Disminuir la “resistencia”.* Quienes sufren TEPT a menudo evitan la terapia a causa de su efecto de revivir el trauma y porque quieren “seguir adelante” y alejarse de los recuerdos traumáticos. Es recomendable que el terapeuta hable con el paciente por teléfono antes de su primera visita, a fin de que consideren los síntomas de evitación del TEPT y su naturaleza desadaptativa (Resick, Calhoun, 2001). En terapia, las técnicas de reestructuración cognitiva —como la psicoeducación— y el manejo afectivo ayudan a reducir la “resistencia” o evitación a la terapia.
- *Mejorar las relaciones interpersonales.* Las relaciones problemáticas son frecuentes en las personas con TEPT. Como resultado de las dificultades para confiar y en el manejo del afecto, las relaciones a menudo se desgastan o evitan. La psicoeducación en síntomas del TEPT, incluso de la evitación de la cercanía interpersonal, es útil tanto para los pacientes como para sus parejas. También es recomendable la terapia para parejas (véase el capítulo 14).
- *Disminuir el comportamiento de crisis.* El TEPT a menudo se asocia con un comportamiento destructivo y suicida, así como con una desregulación emocional relacionada con las crisis. La terapia dialéctica conductual (Linehan, Cochran, Kehrer, 2001) fue diseñada para que las personas con trastorno límite de la personalidad aborden estos problemas; sin

embargo, se ha propuesto que los principios de esta técnica (p. ej., posturas no peyorativas, la dialéctica entre la aceptación y el cambio, la validación de la experiencia del paciente y la colaboración entre paciente y terapeuta) aplican de modo benéfico al trabajar con pacientes con TEPT (Becker, Zayfert, 2001; véase también el capítulo 12).

- *Prevenir el TEPT.* Como ya se observó, no todos los individuos que experimentan un hecho traumático desarrollan el TEPT. Las intervenciones de terapia cognitivo-conductual pueden ser útiles para *prevenir* la aparición de síntomas de TEPT (p. ej., Litz, Gray, Bryant, Adler, 2002). Entre las recomendaciones de tratamientos específicos se hallan la intervención retardada (p. ej., diez o más días después del trauma), sesiones múltiples (p. ej., de cuatro a cinco), normalización de las reacciones al trauma, entrenamiento de relajación, exposición y reestructuración cognitiva. Además, parece que mejorar el apoyo social es un factor importante. Se ha descubierto que la terapia cognitivo-conductual breve es eficaz para prevenir el desarrollo del TEPT (Foa, Hearst-Ikeda, Perry, 1995).

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Al trabajar con pacientes con TEPT es importante recordar que algunas poblaciones en riesgo quizá se muestren particularmente reacias a hablar de hechos traumáticos. Por ejemplo, los inmigrantes de áreas devastadas por la guerra tal vez teman consecuencias políticas, y las víctimas de traumas conyugales o familiares a veces estén atemorizados por posibles represalias si comentan tales sucesos (p. ej., pérdida del hogar o de recursos financieros). Con las técnicas ya descritas para la meta de *disminuir la resistencia* es posible contribuir a mejorar la participación.

Si bien es poco frecuente, la aparición tardía del TEPT llega a ocurrir, y las más de las veces asociada con adultos mayores, ya retirados. Hay hipótesis de que el desarrollo del TEPT en esta época está vinculada con estresores presentes (p. ej., la pérdida del empleo como distracción, problemas de salud, la etapa de reflexionar sobre la propia vida en esta época). Es importante evaluar los hechos traumáticos al trabajar con adultos mayores, pues las manifestaciones clínicas del TEPT pudieran diagnosticarse mal como trastornos del estado de ánimo (p. ej., a causa de síntomas de estado de ánimo depresivo, agitación, insomnio, culpa e indiferencia emocional).

Es factible llevar a la práctica la terapia cognitivo-conductual en diferentes medios. La decisión de tratar el TEPT en grupo y no de modo individual a menudo es determinada por cuestiones prácticas (p. ej., disponibilidad de paciente y terapeuta). Sin embargo, desde un punto de vista teórico, hay ventajas y

desventajas en el tratamiento de grupo. Entre los beneficios se hallan la normalización de los síntomas del TEPT, disminución de los sentimientos de aislamiento y culpa, e interacciones interpersonales motivantes en un ambiente seguro. Por el contrario, la terapia de grupo llega a ser abrumadora para algunas personas y no todos los pacientes con TEPT son candidatos adecuados (p. ej., quizá no sean idóneos los individuos suicidas, que abusan de sustancias o inestables).

Hay varios protocolos de tratamientos multicomponentes disponibles para poblaciones específicas de pacientes. La terapia de manejo del trauma (Turner, Beidel, Frueh, 1996; Frueh, Turner, Beidel, Mirabella, 1996) y la terapia de grupo enfocada en el trauma (Foy, Ruzek, Glynn, Riney, Gusman, 2002) son intervenciones amplias para el TEPT relacionado con el combate. La terapia de manejo del trauma, que incorpora educación acerca del TEPT, terapia de exposición, entrenamiento de habilidades sociales y manejo de la ira, aplicada al principio de forma individual y luego en grupo, es eficaz para disminuir los síntomas del TEPT (Frueh *et al.*, 1996). En la terapia de grupo enfocada en el trauma se aplican en formato de grupo la exposición prolongada, reestructuración cognitiva y entrenamiento de habilidades de afrontamiento; sin embargo, un rasgo único de esta técnica es su acento en una perspectiva de desarrollo que incorpora experiencias y relaciones que hayan iniciado antes de la participación en la milicia y hasta el presente. El terapeuta pide a los participantes que escriban una narración autobiográfica acerca de sí mismos antes del combate y compartan esa información con el grupo.

Además, hay tratamientos específicos para mujeres. La terapia cognitiva del trauma (Kubany, Watson, 2002) fue diseñada para mujeres golpeadas, y abarca reestructuración cognitiva para la culpa relacionada con el trauma, manejo de estrés, entrenamiento de asertividad y de otras habilidades adaptativas de afrontamiento. Más aún, como ya se analizó, Resick y Schnicke (1993) elaboraron un protocolo para víctimas femeninas de violación (la terapia de procesamiento cognitivo) que aborda tanto el TEPT como los síntomas depresivos.

Existen otros protocolos de terapia cognitivo-conductual para otras subpoblaciones específicas de personas con TEPT. Por ejemplo, hay una intervención de terapia cognitivo-conductual para el TEPT y la dependencia comórbida a la cocaína (Back, Dansky, Carroll, Foa, Brady, 2001), y otras para el TEPT relacionadas con el trabajo (Phillips, Bruehl, Harden, 1997), trasplante de médula (DuHamel *et al.*, 2000) y accidentes vehiculares (Fecteau, Nicki, 1999).

Por último, es importante que los terapeutas estén concientes de la *traumatización indirecta*, la cual se refiere a perturbaciones que ocurren *en el terapeuta* como resultado de trabajar con víctimas de traumas. Escuchar las experiencias de los pacientes en ocasiones ha llegado a afectar los propios esquemas del terapeuta acerca de sí mismo y del mundo, y generar así angustia psicológica y

fisiológica. McCann y Pearlman (1990b) ofrecen importantes recomendaciones para que los terapeutas que trabajan con pacientes traumatizados reduzcan la traumatización indirecta, como procurar apoyo de otros profesionales, equilibrar estos casos con otros, reconocer el propio umbral psicológico, y participar en otros proyectos profesionales y personales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Antony, M. M., Orsillo, S. M., Roemer, L. (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Back, S. E., Dansky, B. S., Carroll, K. L., Foa, E. B., Brady, K. T. (2001). Exposure therapy in the treatment of PTSD among cocaine-dependent individuals: Description of procedures. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21, 35-45.
- Becker, C. B., Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 107-122.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75-90.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Klauminzer, G., Charney, D. S. *et al.* (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C., Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). *Behaviour Research and Therapy*, 34, 669-673.
- Breslau, N., Peterson, E. L., Kessler, R. C., Schultz, L. R. (1999). Short screening scale for DSM-IV posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 156, 908-911.
- Briere, J., Elliott, D. M., Harris, K., Cotman, A. (1995). Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 387-401.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1070-1074.

- Davidson, J. R., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D. *et al.* (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Davidson, J., Smith, R., Kudler, H. (1989). Validity and reliability of the DSM-III criteria for posttraumatic stress disorder: Experience with a structured interview. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 336-341.
- Difede, J., Hoffman, H., Jaysinghe, N. (2002). Innovative use of virtual reality technology in the treatment of PTSD in the aftermath of September 11. *Psychiatric Services*, 53, 1083-1085.
- DuHamel, K. N., Ostroff, J. S., Bovbjerg, D. H., Pfeffer, M., Morasco, B. J., Papadopoulos, E. *et al.* (2000). Trauma-focused intervention after bone marrow transplantation: A case study. *Behavior Therapy*, 31, 175-186.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S. (1997a). *Multiple-channel exposure therapy: Patient Manual*. Medical University of South Carolina.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S. (1997b). *Multiple-channel exposure therapy: Therapist Manual*. Medical University of South Carolina.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Dansky, B. S., Lydiard, R. B., Kilpatrick, D. G. (1995). The relationship of stress to panic disorder: Cause or effect? In: C. M. Mazure (Ed.). *Does stress cause psychiatric illness?* (pp. 111-147). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Fecteau, G., Nicki, R. (1999). Cognitive behavioural treatment of post traumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. (2001). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451.
- Foa, E. B., Hearst-Ikeda, D., Perry, K. J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Foa, E. B., Riggs, D. S. (1994). Posttraumatic stress disorder and rape. In: R. S. Pynoos (Ed.). *Posttraumatic stress disorder: A clinical review* (pp. 133-163). Lutherville, Maryland: Sidran Press.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.

- Forbes, D., Phelps, A., McHugh, T. (2001). Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 433-442.
- Foy, D. W., (1992). Introduction and description of the disorder. In: D. W. Foy (Ed.). *Treating PTSD: Cognitive-behavioral strategies* (pp. 1-12). New York: Guilford Press.
- Foy, D. W., Ruzek, J. I., Glynn, S. M., Riney, S. J., Gusman, F. D. (2002). Trauma focus group therapy for combat-related PTSD: An update. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 907-918.
- Frueh, B. C., Turner, S. M., Beidel, D. C., Mirabella, R. F. (1996). Trauma Management Therapy: A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 533-543.
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 521-542.
- Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: Psychometric properties. *Psychological Assessment, 4*, 67-76.
- Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychometric Medicine, 41*, 209-218.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 85-90.
- Keane, T. M., Malloy, P. F., Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52*, 888-891.
- King, L. A., King, D. W., Fairbank, J. A., Keane, T. M., Adams, G. A. (1998). Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: Hardiness, postwar social support, and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*, 420-434.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Manke, F. P. (1996). Development and validation of the Trauma-Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 8*, 428-444.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B. et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment, 12*, 210-224.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: The Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment, 12*, 197-209.

- Kubany, E. S., Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 111-127.
- Kuch, K., Cox, B. J., Direnfeld, D. M. (1995). A brief self-rating scale for PTSD after road vehicle accident. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 503-514.
- Lauterbach, D., Vrana, S. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 3, 17-25.
- Linehan, M. M., Cochran, B. N., Kehrer, C. A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 470-522). New York: Guilford Press.
- Litz, B. T., Gray, M. J., Bryant, R. A., Adler, A. B. (2002). Early intervention for trauma: Current status and future directions. *Clinical Psychology-Science & Practice*, 9, 112-134.
- McCann, I. L., Pearlman, L. A. (1990a). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- McCann, I. L., Pearlman, L. A. (1990b). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Nezu, A. M., Carnevale, G. J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 155-157.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Pantaloni, M. V., Motta, R. W. (1998). Effectiveness of anxiety management training in the treatment of posttraumatic stress disorder: A preliminary report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 21-29.
- Pelcovitz, D., van del Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10, 3-16.
- Philips, M. E., Bruehl, S., Harden, R. N. (1997). Work-related post-traumatic stress disorder: Use of exposure therapy in work-simulation activities. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 696-700.
- Resick, P. A., Calhoun, K. S. (2001). Posttraumatic stress disorder. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 60-113). New York: Guilford Press.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., Feuer, C. A. (2002). A comparison of cognitive-processing therapy with prolonged exposure and

- a waiting condition for the treatment of chronic posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867-879.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, California: Sage.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Ready, D., Graap, K., Alarcon, R. D. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 617-622.
- Saunders, B. E., Arata, C. M., Kilpatrick, D. G. (1990). Development of a Crime-Related Post-Traumatic Stress Disorder scale for women within the Symptom Checklist-90—Revised. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 429-448.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Sengupta, A., Jankowski, M. K., Holmes, T. (2000). PTSD and utilization of medical treatment services among male Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 496-504.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., Ogrodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Frueh, B. C. (manuscrito sin publicar). *Trauma Management Therapy for chronic combat-related PTSD: A multicomponent behavioral treatment program*.
- Vrana, S., Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Trumatic Stress*, 7, 289-302.
- Weiss, D. S., Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale—Revised. In: J. P. Wilson, T. M. Keane (Eds.). *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399-411). New York: Guilford Press.
- Wolfsdorf, B. A., Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 169-181.

Trastorno límite de la personalidad

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), los trastornos de personalidad se describen como patrones de cogniciones, afecto y comportamiento perdurables, y están presentes en diversas situaciones que son inconsistentes con las expectativas del ambiente social y cultural de una persona. Los individuos con trastornos de personalidad se caracterizan por su inflexibilidad adaptativa, es decir, sus estrategias limitadas para relacionarse con los demás, alcanzar metas y afrontar el estrés. Los trastornos que se caracterizan por lo anterior a menudo aparecen en la adolescencia, revelan patrones de respuesta característicos muy generalizados y consistentes en situaciones diversas, y que perduran a través del tiempo, lo que genera una angustia significativa.

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se diagnostica cuando un individuo muestra un patrón característico de intensa inestabilidad respecto de sus emociones, relaciones interpersonales y sentido de identidad. Además, los pacientes con TLP a menudo manifiestan un patrón de comportamiento impulsivo y autodestructivo. Es el trastorno de personalidad más común en la clínica, con un índice estimado de 10% en consulta externa, de 15 a 20% en pacientes internos y un 1 a 2% en la población general (Skodol *et al.*, 2002). Los patrones de respuesta característicos del TLP y sus perturbaciones conductuales, interpersonales y laborales asociadas no son una consecuencia directa de abuso de sustancias o dolencias médicas específicas, ni se explican con otros trastornos

psiquiátricos (p. ej., trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno de angustia o alguno otro de personalidad), si bien estos problemas también llegan a estar presentes en personas diagnosticadas con TLP.

El TLP, como todos los trastornos de personalidad, se define por pensamientos, sentimientos y comportamientos característicos durante un periodo prolongado; existen antes y durante la edad adulta temprana y representan la forma habitual como un individuo percibe, interpreta o interactúa con el mundo. Debido a este patrón, existe una tendencia en la bibliografía no conductista a sugerir que dichos problemas representan fuertes rasgos subyacentes. Sin embargo, en la bibliografía cognitivo-conductual se sugiere que, si bien los problemas conductuales pueden ser aprendidos y asimismo multisituacionales, los estilos de respuesta característicos del TLP quizá reflejan una combinación de vulnerabilidad temperamental y respuestas cognitivas, emocionales y conductuales aprendidas (Cohen, Nezu, 1989; Linehan, 1993).

Deben cumplirse cinco de los nueve criterios de diagnóstico que especifica el DSM-IV-TR para confirmar el TLP. Entre ellos se encuentran intentos frenéticos de evitar el abandono; un patrón de expresión emocional inestable e intensa en las relaciones interpersonales, desde la idealización extrema hasta la devaluación; una perturbación persistente de la identidad; patrones de comportamiento impulsivo y en potencia autodestructivo; comportamiento suicida o automutilatorio recurrente; señalada reactividad del estado de ánimo, que a menudo implica ira intensa e inadecuada; percepciones crónicas de vacío; y pensamientos paranoides pasajeros o percepción disociada cuando hay estrés.

Linehan (1993) reorganizó y conceptuó los patrones de comportamiento persistentes que definen este trastorno como un conjunto de fenómenos emocionales, conductuales, interpersonales, cognitivos y de autodesregulación en el que las relaciones a menudo son muy mutables y conflictivas. El drástico comportamiento interpersonal resultante, incluso el asociado con la relación terapéutica, abarca intentos frenéticos de evitar el rechazo, ira por el abandono percibido, intensa angustia emocional, sentimientos crónicos de vacío y una conducta impulsiva vinculada con esos estados que colocan al individuo en alto riesgo de dañarse a sí mismo. Cuando los pacientes manifiestan este comportamiento parasuicida y actos suicidas reales, crean un riesgo significativo para sí mismos, preocupación a sus seres queridos y desafíos para los terapeutas que los tratan. Como resultado, los pacientes con TLP a menudo experimentan repetidas hospitalizaciones, visitas a servicios de urgencias y situaciones críticas similares.

Los estudios de resultados de largo plazo de pacientes con TLP documentan un alto índice de suicidios, con tasas consistentemente reportadas de suicidio entre pacientes tratados de cerca de 10% (Paris, 2002). Esta tasa se duplica al considerar sólo a la gente con una historia documentada de conducta parasuicida

(Stone, Hurt, Stone, 1987). Más aún, aproximadamente de 60 a 80% de la gente diagnosticada con TPL manifiesta alguna forma de comportamiento autodestructivo (Linehan, 2000).

Aspectos del diagnóstico diferencial

Los criterios diagnósticos del TLP abarcan síntomas como perturbación del estado de ánimo, pensamiento suspicaz e hipersensibilidad que también se observan en otros trastornos más agudos del Eje I del DSM, de modo que debe considerarse una evaluación cuidadosa del patrón agudo de síntomas y comportamiento frente al crónico. Por ejemplo, aunque el TLP se caracteriza por una inestabilidad del estado de ánimo, y en apariencia un episodio de trastorno del estado de ánimo cuenta con muchas características del TLP, este último sólo debe diagnosticarse tras documentar que el patrón de inestabilidad del estado de ánimo tuvo una presentación temprana y muestra un curso de larga duración (es decir, varios años).

Si bien el diagnóstico diferencial del TLP respecto de otros trastornos de personalidad se basa en los criterios específicos con que se asocia, como ya se mencionó, es factible que existan características y criterios clínicos que se superponen con otros trastornos de personalidad definidos por el DSM-IV. Por ejemplo, el comportamiento de búsqueda de atención y las emociones que cambian con rapidez puede ser similar al que se observa en el *trastorno histriónico de la personalidad*. La reacción de ira ante insultos triviales también es característica del *trastorno narcisista de la personalidad*. Los temores intensos de abandono a menudo se asemejan a aquellos asociados con el *trastorno de la personalidad por dependencia*. Por último, los actos impulsivos o el comportamiento destructivo son también característicos del *trastorno antisocial de la personalidad*. Los individuos con TLP por lo general manifiestan muchas de estas características en el contexto de un patrón extendido de *inestabilidad* en diferentes áreas emocionales, conductuales, cognitivas e interpersonales (Linehan, Kehrer, 1993). Por lo tanto, los episodios de depresión, ansiedad, ira y desconfianza son por lo común reactivos y no se limitan a un solo tipo de trastorno del estado de ánimo. La expresión conductual del temor al abandono en personas diagnosticadas con TPL a menudo adopta la forma de sentimientos de vacío emocional, enojo y demanda, más que los intentos de apaciguamiento o sumisión que se observan en el *trastorno de la personalidad por dependencia*. El comportamiento impulsivo y destructivo por lo general se dirige hacia sí mismo en forma de actos suicidas, parasuicidas o mutilatorios más que de ganancia, beneficio o poder personales como los que manifiestan individuos diagnosticados con el *trastorno antisocial de la personalidad*.

Otros trastornos también requieren un diagnóstico diferencial del TLP. La inestabilidad emocional y el comportamiento autodestructivo relacionado con el abuso de sustancias deben diferenciarse de los patrones conductuales similares del TLP.

Aspectos de comorbilidad

Los trastornos comórbidos son comunes en personas con TLP. Se informa una comorbilidad frecuente con trastornos del Eje I como trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y trastornos de ansiedad (Trull, Stepp, Durrett, 2003). En general, puede esperarse que un promedio de cerca de 65% de quienes padecen TLP tengan un diagnóstico adicional de Eje I de abuso de sustancias (van den Bosch, Verheul, van den Brink, 2001). De hecho, la comorbilidad de Eje I se relaciona con un resultado más pobre (Skodol *et al.*, 2002; Trull *et al.*, 2003). A menudo se envía a los pacientes a terapia después de una hospitalización causada por un comportamiento emocionalmente intenso, autodañino o suicida; por tanto, es necesario evaluar el TLP en pacientes que se presentan con síntomas de depresión y desesperanza. Una consideración importante al realizar la valoración es que es factible que exista el mismo estado afectivo negativo comórbido para dos individuos con TLP, pero con distintas explicaciones: por ejemplo, el afecto negativo, como la depresión, puede ser consecuencia del trastorno, o bien estar relacionado con los efectos de regulación del afecto en caso de abuso de sustancias, o bien quizá represente un diagnóstico independiente de Eje I que se traslape con otros criterios diagnósticos (Kim, Goff, 2002). Así, es importante alcanzar una comprensión funcional de los síntomas a fin de determinar un diagnóstico de comorbilidad.

Hay una presencia elevada de historia de abuso sexual entre las personas diagnosticadas con TLP, lo cual puede asociarse con síntomas más graves, e indica la necesidad de evaluar y buscar síntomas específicos de una historia de abuso o trauma sexual, como reacciones disociativas (Soloff, Lynch, Kelly, 2002).

Los individuos con patrones de comportamiento que cumplen con los criterios de TLP también pueden presentar otros trastornos de Eje II. Se observa una coincidencia significativa con TLP de *trastorno antisocial de la personalidad*, *trastorno de la personalidad por evitación*, *trastorno depresivo de la personalidad*¹ y *trastorno pasivo-agresivo de la personalidad*². Además, se reportan diferencias de género respecto de esta comorbilidad con el *trastorno antisocial de la personalidad*, la cual se revela significativamente más comórbida en los varones, y con el *trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad*, que se muestra más comórbida en las mujeres (Grilo, Sanislow, McGlashan, 2002).

^{1,2} N. del Ed.: Aparecen en el Apéndice B del DSM-IV-TR Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Entre los protocolos de evaluación que ayudan al tratante a realizar el diagnóstico diferencial de TLP y a medir la gravedad de los síntomas, se encuentran las entrevistas semiestructuradas, las evaluaciones clínicas y los instrumentos autoaplicables.

Entrevistas semiestructuradas

Una evaluación exhaustiva de diagnóstico se lleva a cabo con las entrevistas semiestructuradas diseñadas de manera específica para evaluar los trastornos de personalidad. Los siguientes protocolos, elaborados de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV, permiten una evaluación de los síntomas de *todos* los trastornos de personalidad. Es factible administrarlos al paciente o mediante una entrevista con una persona allegada que opere como fuente bien informada; su aplicación puede tardar hasta dos horas.

- *Diagnostic Interview for Personality Disorders* (Zanarini, Frankenburg, Chauncey, Gunderson, 1987; *Entrevista Diagnóstica para Trastornos de la Personalidad*).
- *International Personality Disorder Examination* (Loranger, 1999; *Examen Internacional para Trastornos de la Personalidad*).
- *Personality Disorder Interview* (Widiger, Mangine, Corbitt, Ellis, Thomas, 1995; *Entrevista de Trastorno de la Personalidad*).
- *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders* (First, Spitzer, Gibbons, Williams, Benjamin, 1996; *Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV*).

Además, hay varias entrevistas semiestructuradas que evalúan según los criterios *específicos* del TLP.

- *The Revised Diagnostic Interview for Borderlines* (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, Chauncey, 1989; *Entrevista Revisada de Diagnóstico para Límitrofes*). Contiene subescalas para diversos componentes de los síntomas del TLP.
- *Borderline Personality Disorder Severity Index* (Arntz et al., 2002; *Índice de Gravedad del Trastorno Límite de la Personalidad*). Mide la frecuencia de síntomas limítrofes en un periodo de tres meses previos, y es una adaptación de una entrevista que elaboraron Weaver y Clum (1993).

Además de las entrevistas semiestructuradas hay una evaluación clínica que no requiere un protocolo de entrevista específico, sino que está diseñada para que lo complete el terapeuta del paciente:

- *Personality Assessment Form* (Pilkonis, Heape, Ruddy, Serrao, 1991; *Formato de evaluación de la personalidad*).

Instrumentos autoaplicables

- *Millon Multiaxial Inventory* (Millon, Millon, Davis, 1994; *Inventario Multiaxial de Millon*). Permite establecer una puntuación para los trastornos de la personalidad del DSM-IV, así como para síndromes clínicos.
- *Personality Assessment Inventory* (Morey, 1991; *Inventario de Evaluación de la Personalidad*). Se basa en los criterios del DSM-IV y ofrece una subescala para el TLP, diagnósticos del Eje I y escalas de validez.

Kim y Goff (2002) advierten que los individuos con TLP pueden experimentar mayor perturbación psiquiátrica de la que se aprecie a partir de la presentación inicial de su comportamiento. Así, sugieren que es útil una evaluación específica de la intensidad de los estados emocionales perturbadores, como depresión e ira, patrones cognitivos desadaptativos, síntomas y comportamientos disociativos, y problemas interpersonales. Lo anterior se mide con mayor exactitud mediante diversos instrumentos autoaplicables pertinentes para estas áreas específicas. Hay muchos otros instrumentos específicos para estados emocionales perturbados (como depresión, ansiedad o ira) en los capítulos de esta obra dirigidos al tratamiento de estos problemas clínicos. Se recomienda un examen inicial de otros problemas emocionales o conductuales perturbadores comórbidos, y es factible incluir otras medidas, como las que se listan a continuación:

- *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, Spencer, 1982; *Inventario Breve de Síntomas*). Evalúa síntomas psiquiátricos en una amplia variedad de áreas.
- *Michigan Alcohol Screening Test* (Selzer, 1971; *Prueba de Alcohol de Michigan*). Medición de examen para evaluar la presencia de problemas alrededor del consumo de alcohol entre pacientes psiquiátricos.
- *Eating Symptoms Inventory* (Whitaker, 1989; *Inventario de Síntomas de la Alimentación*). Instrumento autoaplicable para trastornos de la conducta alimentaria.
- *PTSD Checklist* (Weathers, Litz, Huska, Keane, 1991; *Lista de TLP*). Instrumento autoaplicable para evaluar la presencia y gravedad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático con base en los criterios del DSM-IV.

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Al trabajar con pacientes con TLP, las metas finales generales son disminuir la frecuencia de las hospitalizaciones, disminuir la frecuencia e intensidad de las conductas autodestructivas, mejorar la autorregulación y también las relaciones interpersonales. Además, debido a la significativa comorbilidad con otros trastornos de los Ejes I y II en personas diagnosticadas con TLP, disminuir los problemas relacionados con otros trastornos o síntomas psicológicos en ocasiones representa una importante meta adicional de resultados finales. Por ejemplo, los individuos que intentan controlar su inestabilidad emocional mediante el alcohol u otras drogas con el afán de reducir el sufrimiento emocional, o que manifiestan síntomas significativos de depresión, ira, angustia, trastornos de la alimentación o disociación, se beneficiarían con las intervenciones diseñadas para reducir en última instancia los objetivos clínicos asociados con estos trastornos.

Tal vez a causa de la presencia de estos fuertes factores comórbidos, así como del grado de riesgo presente en pacientes con TLP, se han emprendido pocas investigaciones controladas acerca del tratamiento para pacientes externos. Como resultado, es especialmente importante la necesidad de un modelo clínico de toma de decisiones que contribuya a guiar la formulación de caso y el diseño del tratamiento al trabajar con pacientes diagnosticados con TLP (véase también Cohen, Nezu, 1989; Koerner, Linehan, 1997). Las escasas intervenciones que han demostrado su eficacia para estos pacientes abarcan diversos componentes del tratamiento dirigidos a múltiples objetivos clínicos. La *terapia dialéctica conductual* (Linehan, 1993) es uno de estos enfoques y ha demostrado su eficacia en la reducción de episodios de comportamiento parasuicida, de hospitalizaciones y de desgaste por la terapia (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, Heard, 1991; Linehan, Kehrer, 1993).

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

El TLP se define por una constelación de pensamientos, emociones y comportamiento relacionada con múltiples rutas causales. Si bien no están del todo claros los mecanismos subyacentes del síntoma distintivo de desregulación emocional, parece probable que participen en ellos factores biológicos concernientes a la reactividad emocional propia. Sin embargo, existe la hipótesis de que la etiología de esta desregulación se relaciona de manera causal con influencias genéticas, factores prenatales y sucesos traumáticos en la infancia que

afectan al cerebro (Trull *et al.*, 2003). Debido a que la mayoría de los individuos con vulnerabilidad temperamental no desarrolla TLP, una perspectiva multicausal sugiere que ciertos ambientes específicos de desarrollo parecen predisponer la aparición del TLP.

Una circunstancia básica de desarrollo, de acuerdo con Linehan, es un “ambiente invalidatorio” (Linehan, 1993). Un ambiente invalidatorio se define por la tendencia a negar o responder de forma impredecible e inadecuada a las experiencias privadas de un individuo, como emociones e interpretación de sucesos particulares. Un ambiente familiar invalidatorio, por ejemplo, es uno en el que las experiencias cognitivas y emocionales del individuo se castigan, trivializan, descartan o desestiman, y se atribuyen a características socialmente inaceptables, como exageración, pereza o falta de motivación. Como función de dicha historia de aprendizaje social, los pacientes pueden aprender a anticipar la invalidación en futuras relaciones y dirigir sus limitados esfuerzos de afrontamiento hacia formas de anticipar o de reaccionar a este “ataque”. Es en extremo desafiante enseñar a estos individuos nuevas habilidades por medio de la terapia, pues tienden a ser muy sensibles al rechazo, y a menudo experimentan los intentos terapéuticos de cambio como una invalidación más de sus dificultades emocionales. Al mismo tiempo, ignorar la necesidad de cambio en ocasiones resulta por igual invalidatorio, porque minimiza la gravedad de los patrones conductuales desorganizados de la persona. Las principales metas de resultados instrumentales que se listan a continuación se concentran necesariamente en aumentar tanto la percepción de validación de la persona como su motivación y compromiso para cambiar:

- Aumentar la adherencia y motivación para la terapia.
- Disminuir el comportamiento parasuicida y la ideación suicida.
- Mejorar las habilidades autorregulatorias.
- Aumentar la precisión cognitiva.
- Mejorar las habilidades de resolución de problemas.
- Mejorar las habilidades interpersonales.

Meta 1: Aumentar la adherencia y motivación para la terapia

La participación necesaria en la terapia de los pacientes con patrones de comportamiento emocionalmente volátil, impulsivo y destructivo requiere gran esfuerzo y compromiso. Los problemas conductuales que presentan los pacientes con TLP representan una “cura rápida” bien habituada de la desregulación emocional. Así, habrá muchos incidentes de pensamientos y comportamientos autodestructivos, incluso cuando un individuo aprenda las habilidades necesi-

rias para mejorar su vida. Además, a causa de la frecuente hipersensibilidad al rechazo, muchos pacientes con TLP llegan a considerar los intentos del terapeuta para ayudarlos a cambiar como signos de desaprobación y rechazo. Por lo tanto, las estrategias específicas para establecer y mantener un compromiso de continuar en el tratamiento y el trabajo para alcanzar las metas pueden influir en otros resultados instrumentales, así como en las metas de resultados finales.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- Observación y registro del comportamiento: mide la asistencia y participación en la terapia, y el acatamiento de las actividades en casa.
- Entrevista clínica: supervisa la razón para solicitar tratamiento y la rentabilidad para el paciente de continuar el gran esfuerzo para cambiar respecto del “alivio” inmediato de la resolución impulsiva del problema.
- *Readiness to Change Questionnaire* (Rollnick, Heather, Gold, Hall, 1992; *Cuestionario de Disposición para el Cambio*). Escala de evaluación motivacional estandarizada usada con frecuencia para pacientes con dependencia a sustancias y que puede ser útil para identificar cambios en la motivación.

Un obstáculo para emplear las escalas estandarizadas de evaluación de la motivación que se aplican a otras poblaciones es que las personas sin TLP poco a poco aceptan el cambio y se comprometen con él, mientras que los individuos con TLP quizá hagan compromisos intensos y profundos al principio pero después experimenten síntomas de angustia y devastación cuando no son capaces de vivir de acuerdo con estas expectativas autoimpuestas.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Psicoeducación.
- Estrategias de validación de la terapia dialéctica conductual.
- Manejo de contingencias.
- Terapia de aceptación y compromiso.

Psicoeducación. El objetivo principal de la psicoeducación es ofrecer información respecto de la naturaleza multifacética del trastorno y razones para su tratamiento. Es un proceso educativo que puede extenderse a parejas y familias. Si bien no hay estudios que apoyen la eficacia de este planteamiento para individuos con TLP, se han descrito beneficios de las intervenciones de psicoeducación con otros trastornos que implican graves perturbaciones y cambios del estado de ánimo como el trastorno bipolar (Craighead, Miklowitz, Frank, Vajk, 2002).

Estrategias de validación de la terapia dialéctica conductual. La terapia dialéctica conductual consiste en un protocolo cognitivo-conductual para el tratamiento del TLP en el cual el componente de construcción de la habilidad conductual se equilibra con técnicas diseñadas para lograr la aceptación y tolerancia del paciente. Las estrategias que contribuyen a validar la experiencia emocional del individuo implican dar oportunidad para la expresión emocional, enseñar habilidades emocionales de observación y clasificación, “leer” las emociones de la persona y comunicar la validez de las mismas (Linehan, 1993).

Manejo de contingencias. Con el fin de aumentar la motivación mediante el manejo de contingencias se requiere el reconocimiento y manipulación de las contingencias que operen en ese momento en el ambiente del paciente para reforzar los comportamientos adaptativos, y no los que interfieran con la terapia (Comtois, Levensky, Linehan, 1999).

Terapia de aceptación y compromiso. Al integrar los conceptos teóricos provenientes de los análisis de contexto y comportamiento, este enfoque terapéutico elaborado por Hayes, Strosahl y Wilson (1999) ofrece técnicas que se centran en ayudar a que el paciente acepte los efectos de las dificultades cotidianas, además de que pretenden derribar las barreras verbales que contribuyen a la evasión y confusión que interfieren con el compromiso con el propósito y dirección de buscar ayuda terapéutica.

Meta 2: Disminuir el comportamiento parasuicida y la ideación suicida

De acuerdo con Kim y Goff (2002), es importante aplicar un análisis funcional ante cualquier incidente de comportamiento autodestructivo. Por ejemplo, los actos parasuicidas pueden provenir de una idea e intención de que los demás estarán mejor sin el paciente, mientras que otras acciones autodestructivas quizá operen como expresiones de ira, intentos de autocastigo, esfuerzos de lograr un sentimiento de equilibrio o autodistracción. Estos autores también recomiendan evaluar los sucesos fisiológicos con el fin de entender más los factores causales de los comportamientos suicidas o parasuicidas. Por ejemplo, los eventos fisiológicos pueden funcionar como un activador de la conducta autolesiva, como un estado de activación exitatoria, como un estado de analgesia o de alivio del dolor, o como una reducción consecuente en la activación que sigue al daño autoinfligido.

Los comportamientos en los que el paciente intenta dañarse a sí mismo o incluso suicidarse, son una variable instrumental esencial, en tanto que la consecución del suicidio es mucho más probable en individuos que manifestaron ya intentos de suicidio, actos parasuicidas y conductas autodestructivas (Stone, Hurt, Stone, 1987). Además, como reportan Zanarini, Frankenburg, Khera y

Bleichmar (2001), la tendencia al suicidio es predictivo de la cantidad de hospitalizaciones que experimentan las mujeres diagnosticadas con TLP.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Parasuicide History Interview* (Linehan, Heard, Brown, Wagner, 2001; *Entrevista de Historia Parasuicida*). Entrevista semiestructurada que mide la topografía, intentos, gravedad médica, contexto social, sucesos detonantes y concurrentes, y resultados de episodios parasuicidas únicos.
- *Self-monitoring of Parasuicidal Behavior* (p. ej., Tarjetas Diarias; Linehan, Keherer, 1993; *Autosupervisión de Comportamiento Parasuicida*). Permite obtener un registro actualizado del comportamiento parasuicida.
- *Hopelessness Depression Symptom Questionnaire* (Metalsky y Joiner, 1997; *Cuestionario de Síntomas de Depresión y Desesperanza*). Permite medir el grado presente de desesperanza.
- Escala análoga visual: ofrece una manera de registrar la intensidad y gravedad en curso del pensamiento suicida.
- Registro de pensamientos diario o semanal: consigna los detonadores situacionales y el patrón en curso de los pensamientos de desesperanza, e intención y planeación suicidas.
- *Adult Trait Hope Scale* (Snyder, 2000; *Escala de Rasgos de Esperanza para Adultos*). Permite medir el grado de esperanza respecto del alcance de metas individuales futuras.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Estrategias de terapia dialéctica conductual para reducción del comportamiento dañino.
- Terapia de resolución de problemas.
- Reestructuración cognitiva.
- Intervenciones basadas en la esperanza.

Estrategias de terapia dialéctica conductual para reducción del comportamiento dañino. Como parte del enfoque de la terapia dialéctica conductual, las estrategias específicas pretenden reducir el comportamiento parasuicida y suicida con la evaluación y respuesta a emergencias, colaboración con un plan de comportamiento no suicida y un análisis conductual del comportamiento de alto riesgo. Un análisis funcional cuidadoso de las respuestas ambientales, emocionales y cognitivas, así como de las acciones manifiestas que llevaron al comportamiento crítico, ofrece una oportunidad para que el terapeuta determine soluciones alternas, subraye los efectos negativos de dicho comportamiento y refuerce las

respuestas no suicidas. Linehan y colaboradores (1991) descubrieron que la terapia dialéctica conductual reduce el comportamiento parasuicida; en otro estudio, Turner (2000) también reportó que esta técnica generaba una mejora significativa en el comportamiento suicida y autodestructivo.

Terapia de resolución de problemas. Es una terapia (D'Zurilla, Nezu, 1999; Nezu, en prensa) diseñada para mejorar la capacidad propia de afrontamiento al abordar situaciones estresantes. Este planteamiento considera que los actos parasuicidas y el comportamiento suicida son intentos ineficaces de resolver problemas, y ofrece a los pacientes otras estrategias para resolver problemas estresantes. La investigación de Schotte y Clum (1990) indica de manera consistente que las deficiencias en la resolución de problemas interpersonales están asociadas con el comportamiento suicida y sentimientos de desesperanza. La terapia de resolución de problemas es una intervención cognitivo-conductual que proporciona entrenamiento para pacientes diseñada de modo específico con el objetivo de reducir las atribuciones negativas y desesperanzadas respecto de la capacidad propia percibida para afrontar problemas estresantes. Una parte de este enfoque implica cambiar los factores cognitivos que entorpecen la *orientación del problema* o la visión general de los problemas, y la autoevaluación de las capacidades para lidiar con los problemas (p. ej., ideas sobre la causa de un problema, atribuciones sobre quién es el responsable de que ocurriera en primer lugar, e ideas de autoeficiencia).

Reestructuración cognitiva. Este planteamiento ayuda al paciente a identificar los pensamientos autodenigratorios, las autodeclaraciones negativas y las ideas irracionales que se relacionan con la desesperanza y la ideación suicida. Mediante la reestructuración cognitiva los pacientes aprenden a identificar sus propios ciclos de pensamientos y a cambiar patrones de pensamientos disfuncionales. Muchos estudios apoyan la eficacia de las técnicas cognitivas para mejorar los síntomas de depresión y desesperanza (Dobson, 1989). Desde el punto de vista conceptual, la reestructuración cognitiva puede considerarse un término general que abarca varias estrategias específicas de terapia: terapia emotivo-racional (p. ej., Ellis, 1994), cognitiva (Beck, 1995) y entrenamiento autoinstruccional (Meichenbaum, 1985). Si bien hay diferencias entre estos tres enfoques, todos ayudan al paciente a identificar mejor y después modificar sus pensamientos desadaptativos.

Intervenciones basadas en la esperanza. Las estrategias que se centran en aumentar la esperanza llegan a desempeñar una función importante en la reducción de los pensamientos depresivos (Snyder, LaPointe, Crowson, Early, 1998) y de la reactividad emocional negativa. Los pensamientos esperanzadores reflejan la idea de que es posible encontrar rutas hacia las metas deseadas y motivarse para recorrerlas. Como resultado, las intervenciones basadas en la esperanza modifican el enfoque de la intervención terapéutica, de tratar de reparar las peores

cosas de la vida a construir cualidades que ayuden a manejar la cotidianidad de manera más eficaz. De hecho, Snyder y colaboradores (2000) sugieren que varias estrategias de la terapia cognitivo-conductual se ajustan particularmente bien al aumento de la esperanza (p. ej., terapia de resolución de problemas, prevención de recaídas, entrenamiento en la producción de submetas). Debido a esta concepción, dentro del contexto del tratamiento para pacientes con TLP puede ser útil aplicar dichas estrategias cognitivo-conductuales a la meta mencionada de aumentar la esperanza.

Meta 3: Mejorar las habilidades autorregulatorias

Los pacientes con TLP tienden a experimentar emociones de forma muy intensa, así como a padecer dificultades significativas para controlar sus respuestas afectivas (Yen, Zlotnick, Costello, 2002). Esto implica tanto una vulnerabilidad emocional disposicional como una carencia percibida de capacidad para regular las emociones una vez que se experimentan de forma fisiológica. Así, las intervenciones que se basan tanto en reducir la activación fisiológica como en el entrenamiento para manejar el afecto una vez experimentado, pueden mejorar la capacidad autorregulatoria.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- Autosupervisión (tarjetas diarias; registro de intentos de afrontamiento): técnica de evaluación del comportamiento en la que se enseña a los pacientes a supervisar su propia conducta entre cada consulta.
- Mediciones fisiológicas (ritmo cardíaco): algunos investigadores de temas como ansiedad y trauma identifican el ritmo cardíaco como una buena combinación de utilidad clínica, de investigación y de funcionalidad práctica para medir la sensibilidad emocional elevada (Anthony, Orsillo, Roemer, 2001).

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Meditación de ampliación de conciencia.
- Entrenamiento de inoculación de estrés.
- Entrenamiento de relajación.
- Identificar y clasificar el afecto.
- Aumentar los sucesos placenteros.

Meditación de ampliación de conciencia. Con raíces filosóficas en las prácticas espirituales y de meditación orientales, la ampliación de conciencia alude a un

estado de conciencia en el que una persona logra una percepción elevada y se concentra en la realidad del momento presente (incluso de los sucesos estresantes), de forma que le es posible tratar dichas situaciones “a conciencia” en lugar de reaccionar de manera automática a ellas en formas que pudieron ser desadaptativas o destructivas en el pasado. Este enfoque es promisorio como técnica eficaz para diversos trastornos de ansiedad y estrés (Kabat-Zinn, 1994), adicciones (Marlatt, Kristeller, 1999) y síntomas del TLP (Linehan, 1993).

Entrenamiento de inoculación de estrés. Se trata de un planteamiento cognitivo-conductual que elaboró Meichenbaum (1985) para dar a los pacientes un sentimiento de dominio sobre sus temores al enseñarles diversas habilidades de afrontamiento. Este enfoque abarca un componente educacional, relajación muscular, control respiratorio, modelado disfrazado, *role-playing*, detención de pensamientos y autodiálogo guiado.

Entrenamiento de relajación. El entrenamiento en habilidades de relajación ofrece una manera de calmar o reducir la activación fisiológica asociada con los estados emocionales negativos, y puede incorporar relajación muscular progresiva, entrenamiento autogénico, técnicas respiratorias e imágenes guiadas.

Identificar y clasificar el afecto. Esta habilidad se centra en mejorar la capacidad de observar e identificar los estados emocionales. Más que ver en un afecto negativo un suceso interno temible, aprender a identificar y clasificar el afecto negativo señala al paciente dónde están los problemas en su vida cotidiana y cómo dirigir sus esfuerzos para resolverlos. Esta técnica (“ver las emociones como señales”) es uno de los procedimientos específicos que se incorporan en el enfoque de Nezu y Nezu de la terapia de resolución de problemas (p. ej., Nezu, Nezu, Perri, 1989).

Aumentar los sucesos placenteros. Los pacientes con TLP en ocasiones presentan una renuencia desesperanzada a aprender nuevas habilidades por su temor al fracaso. Tras experimentar ya reacciones invalidatorias o punitivas para con su expresión emocional, no sólo se preocupan por evadir el sufrimiento, sino que quizá también han perdido la conciencia de las experiencias positivas y placenteras disponibles para ellos. Desde una perspectiva conductual, las estrategias que se centran en reforzar los comportamientos que implican participar en sucesos o actividades placenteros contrarrestan patrones de evitación, distanciamiento, inactividad o aburrimiento. Se ha demostrado que las estrategias que pretenden aumentar la conciencia de lo placentero y la participación en sucesos disfrutables y experiencias emocionales como gozo y gratitud son eficaces para atender pacientes deprimidos. Dichas técnicas en ocasiones representan una forma en que los pacientes suicidas aumentan sus razones para vivir sin las difíciles exigencias de tratar de atacar directamente los pensamientos suicidas (Lewinsohn, Munoz, 1992). Las intervenciones conductuales que aumentan las experiencias placenteras, como la activación conductual, pueden servir para mejorar la capacidad del paciente de manejar mejor los síntomas depresivos.

Meta 4: Aumentar la precisión cognitiva

Las ideas disfuncionales básicas se sustentan a sí mismas porque estructuran las percepciones e interpretaciones que alberga el paciente sobre los sucesos, y causan que reaccione por hábito en formas que confirman sus (inexactas) ideas. Los pacientes con TLP a menudo abrigan estas ideas negativas básicas. Por ejemplo, Arntz y colaboradores (2002) elaboraron una lista de 20 suposiciones comunes en el TLP con base en los textos de Beck y colaboradores (1990) y de Young (1999). Estas ideas básicas muestran temas de soledad, dependencia, vacío, “malestar”, desconfianza interpersonal y vulnerabilidad. Además, el elevado índice de abuso sexual entre las personas diagnosticadas con TLP es indicativo de que más adelante quizá se observen síntomas de índole cognitiva asociados con el trauma, como temores, desconfianza y síntomas disociativos (Soloff, Lynch, Kelly, 2002). Aunque estos criterios tal vez no basten para un diagnóstico formal de TLP, es probable que, desde el punto de vista clínico, estén indicadas las estrategias específicas pensadas para aumentar la precisión cognitiva particular respecto de sucesos estresantes. Los síntomas disociativos presentes en pacientes de TLP con una historia de abuso sexual en la infancia se han identificado como un objetivo de tratamiento potencialmente importante (Zanarini, Ruser, Frankenburg, Hennen, Gunderson, 2000).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Dissociative Symptoms Scale* (Zanarini *et al.*, 2000; *Escala de Síntomas Disociativos*). Permite identificar los factores de riesgo asociados con las experiencias disociativas de los pacientes limítrofes.
- *Borderline Personality Disorder Scale* (Butler, Brown, Beck, Grisham, 2002; *Escala del Trastorno Límite de la Personalidad*). Subescala elaborada por sus autores a partir del Cuestionario de Personalidad Limítrofe (PBQ; Beck, Freeman y asociados, 1990), que evalúa diversos trastornos de personalidad.
- Diarios cognitivos: autoinforme de errores comunes de pensamiento.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de procesamiento cognitivo.
- Terapia de resolución de problemas.

Reestructuración cognitiva. Dentro del planteamiento de terapia cognitiva de Beck para trastornos de personalidad (Beck *et al.*, 1990), las distorsiones o errores

cognitivos en el pensamiento se consideran un problema central asociado con los problemas conductuales y emocionales del TLP. El enfoque general de la reestructuración cognitiva es de descubrimiento guiado, en el que terapeuta y paciente colaboran para obtener nuevos datos con los cuales poner a prueba diferentes suposiciones. Young (199) sugiere que la terapia de reestructuración cognitiva centrada en esquemas, que se ocupa en la experiencia temprana de aprendizaje de desarrollo cognitivo-emocional del paciente, opera como una intervención importante para reducir y evitar recaídas en las perturbaciones del estado de ánimo e incrementar la estabilidad de éste.

Terapia de procesamiento cognitivo. Esta terapia se elaboró para abordar los síntomas específicos del TEPT en sobrevivientes de asalto sexual (Resick, Schnicke, 1992; 1993). Una característica única es que combina el ingrediente principal de las terapias basadas en la exposición para síntomas de ansiedad con los componentes de los enfoques de orientación más cognitiva. Es una estrategia que procura recordar un suceso traumático y después enfrentar directamente los conflictos e ideas básicas desadaptativas remanentes acerca de él. Se ha descubierto que la terapia de procesamiento cognitivo mejora los síntomas del TEPT, incluso los pensamientos paranoides y los síntomas disociales.

Terapia de resolución de problemas. Ofrece un entrenamiento y técnicas terapéuticas específicas para disminuir las formas negativas y distorsionadas de pensar que obstruyen los intentos de resolver problemas. Las habilidades diseñadas para aumentar el “optimismo realista” permiten una mayor flexibilidad cognitiva a los pacientes (Nezu, en prensa).

Meta 5: Mejorar las habilidades de resolución de problemas

Los individuos diagnosticados con TLP carecen de la capacidad de manifestar respuestas adaptativas y construir una vida que valga la pena de vivirse (Linehan, 1993). Si bien hay muchas deficiencias de habilidades que pueden contribuir a dichos patrones desadaptativos de comportamiento, se ha identificado a la resolución de problemas como un área de habilidades básicas particularmente importante. Es factible fragmentar la capacidad de resolver problemas en áreas componentes específicas, algunas de las cuales se asemejan a otras metas de resultados instrumentales u objetivos del tratamiento, como mejorar la precisión cognitiva. Sin embargo, la integración y empleo eficaces de diferentes habilidades cognitivas y conductuales de resolución de problemas, que se interrelacionan entre sí y son interdependientes, requieren un entrenamiento específico y práctica continua (D’Zurilla, Nezu, 1999). Entre estas áreas se hallan: *a)* el conjunto cognitivo-emocional con que se enfoca el problema, *b)* las habilidades necesarias

para definir y fijar metas realistas, *c*) la capacidad de generar soluciones alternas, *d*) las habilidades necesarias para evaluar decisiones y *e*) la capacidad de comprometerse con las soluciones elegidas y llevarlas a la práctica.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Social Problem-Solving Inventory-Revised* (D’Zurilla, Nezu, Maydeu-Olivares, 2002; *Inventario de resolución de problemas sociales revisado*). Medidas autoinformadas de la capacidad de resolución de problemas.
- *Role-playing* de situaciones problemáticas pertinentes: permite observar las habilidades de resolución de problemas relacionadas con situaciones específicas.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de resolución de problemas.
- Terapia dialéctica conductual.

Terapia de resolución de problemas. Enseña a los individuos a afrontar de manera más eficaz mediante el aprendizaje para alterar la naturaleza del problema, cambiar las reacciones propias a éste (p. ej., aceptación de que no se puede alcanzar una meta) o ambas cosas (Nezu, en prensa). Entre las metas generales de la terapia de resolución de problemas se hallan: *a*) disminuir el impacto negativo (p. ej., angustia emocional) relacionado con la experiencia de sucesos y problemas cotidianos tanto triviales como importantes, *b*) aumentar la capacidad de afrontar con más eficacia dichos problemas y *c*) reducir la probabilidad de que ocurran problemas similares en el futuro. Se ha demostrado que la terapia de resolución de problemas (D’Zurilla, Nezu, 1999) es una manera eficaz de aumentar habilidades en diferentes áreas, así como el estilo general de resolver problemas.

Terapia dialéctica conductual. Se vale de los principios de resolución de problemas como principal foco de tratamiento, como una forma de que el terapeuta modele un afrontamiento más eficaz y como la base de la terapia dialéctica conductual para las técnicas de entrenamiento de habilidades estructuradas (Linehan, 1993).

Meta 6: Mejorar las habilidades interpersonales

Aunque muchos pacientes diagnosticados con TLP tienen habilidades sociales y de conversación, su eficacia social respecto de otras áreas conductuales-ex-

presivas es a menudo deficiente. Linehan (1993) sugiere que las habilidades interpersonales listadas más adelante se aprenden mejor con formatos de terapia tanto de grupo como individual. Consistentemente con un enfoque dialéctico, el formato de grupo permite una experiencia de entrenamiento estructurada de habilidades en la que el paciente tolera mejor la falta de atención individual. Si bien no es posible valorar el efecto de cada adquisición individual de habilidades para la eficacia general de la terapia dialéctica conductual, las siguientes áreas de habilidades interpersonales se incluyen en la mayoría de las intervenciones basadas en la terapia dialéctica conductual. Así, quizá sea importante evaluar los puntos fuertes o débiles de dichas habilidades de cada paciente con TLP.

Los programas de entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales han sido eficaces para capacitar a las personas con trastornos mentales a que funcionen dentro de sus comunidades. Todas las áreas de entrenamiento de habilidades listadas más adelante se basan en principios de aprendizaje y en técnicas como juegos de rol, modelaje social, capacitación personal, *prompting*, retroalimentación, ejercicios *in vivo* y tareas para la casa. Muchos estudios apoyan el empleo de estas técnicas para la adquisición de dichas habilidades en ambientes de la vida real (Kopelowicz, Liberman, Zarate, 2002).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Role-playing* del área de habilidades en cuestión: *role-playing* de situaciones específicas que permite observar varias habilidades interpersonales.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de habilidades de comunicación.
- Entrenamiento de habilidades de asertividad.
- Habilidades de actividad y placer.

Entrenamiento de habilidades de comunicación. Los individuos con TLP que tienen experiencias de desarrollo en las cuales sus emociones han sido castigadas, ignoradas o descartadas, a menudo carecen de habilidades para comunicar sus emociones de formas no dramáticas o no destructivas. Como resultado de una atención negativa tan fuerte en sus propios estados afectivos, con frecuencia también tienen dificultades en cuanto a su capacidad de escuchar a los demás o de crear empatía con ellos. El entrenamiento en habilidades básicas de comunicación ofrece educación, técnicas específicas para mejorar dichas habilidades y práctica reforzada para emplear estas nuevas habilidades en sus vidas.

Entrenamiento de habilidades de asertividad. Debido a una tendencia a experimentar estados de ánimo extremos, los individuos con TLP a menudo tienen

dificultades cuando intentan expresar sentimientos positivos, rechazar peticiones o expresar opiniones negativas de una manera que sea considerada y respetuosa para los demás. El entrenamiento de habilidades de asertividad es útil para que los pacientes identifiquen y ensayen comportamientos asertivos adecuados, así como practicar estas habilidades en sus relaciones cotidianas.

Habilidades de actividad y placer. Los individuos con TLP no han experimentado oportunidades de confiar en sí mismos ni de ejercer control en el establecimiento de sus propias experiencias e intereses placenteros, o de manejar su tiempo. Una atención directa a la construcción de estas habilidades independientes de actividad y placer con apoyo, motivación y capacitación personal puede contribuir a una estabilidad conductual.

Metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

Los objetivos secundarios del tratamiento del TLP se centran esencialmente en abordar de manera específica trastornos comórbidos; entre ellos se encuentran los siguientes:

- *Disminuir el abuso de sustancias.* Los individuos con TLP muestran un elevado índice de comorbilidad con abuso de sustancias. Si bien existen algunos criterios que se superponen entre sí, se ha sugerido que la comorbilidad es consecuencia de que ambos trastornos comparten el problema del control de impulsos. El abuso de sustancias en personas con TLP puede representar una forma de este objetivo central de la impulsividad. Así, un posible objetivo secundario del tratamiento para un paciente con TLP sería disminuir los comportamientos impulsivos que tienen una relación específica con el abuso de sustancias. Entre los enfoques de intervención aplicables se encuentran varias estrategias cognitivo-conductuales para reducir las recaídas asociadas con comportamientos adictivos (Marlatt, Gordon, 1985), entrenamiento de habilidades sociales, contratos conductuales, programas de incentivos y reforzamiento de la comunidad (Finney, Moos, 2002).

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Trabajar con TLP puede provocar frustración, desilusión y otras reacciones afectivas negativas en los terapeutas que se enfrentan a patrones frecuentes de extrema inestabilidad emocional y a comportamientos suicidas o que interfieran

de alguna forma con la terapia. Es sensato solicitar la supervisión y apoyo de un colega como parte del plan general de tratamiento con el fin de auxiliar en la toma de conciencia de las reacciones propias ante dichos pacientes difíciles y para contribuir en el mantenimiento de un enfoque objetivo y científico al tratamiento (Linehan, 1993).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Anthony, M. M., Orsillo, S. M., Roemer, L. (Eds.) (2001). *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety*. New York: Kluwer/Academic.
- Arntz, A., van den Hoorn, M. A., Cornelius, J., Verheul, R., van den Bosch, M. A., de Bie, A. J. H. T. (2002). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personality Disorders*, 17, 45-59.
- Arntz, A. (1996). *BPSD. Borderline Personality Disorder Severity Index*. Maastricht, The Netherlands: The University of Limburg, Department of Medical, Clinical, and Experimental Psychology.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman y Associates (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., Grisham, J. R. (2002). Assessment of dysfunctional beliefs in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1231-1240.
- Cohen, N. S., Nezu, C. M. (1989). Personality disorders. In: A. M. Nezu, C. M. Nezu (Eds.). *Clinical decision making in behavior therapy: A problem-solving perspective* (pp. 267-295). Champaign, Illinois: Research Press.
- Comtois, K. A., Levensky, E. R., Linehan, M. M. (1999). Relationship between Borderline Personality Disorder and Axis I diagnosis in severity of depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 752-758.
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Frank, E., Vajk, F. C. (2002). Psychosocial treatments for bipolar disorder. In: P. E. Nathan, J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (2a. ed.; pp. 263-276). New York: Oxford University Press.
- Derogatis, L. R., Spencer, P. M. (1982). *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual*. Baltimore, Maryland: Clinical Psychometric Research.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.

- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., Maydeu-Olivares (2002). *Social Problem-Solving Inventory-Revised (SPSI-R): Technical manual*. North Tonawanda, New York: Multi-Health Systems.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (Rev. ed.). New York: Birch Lane Press.
- Finney, J. W., Moos, R. H. (2002). Psychosocial treatments for alcohol use disorders. In: P. E. Nathan, J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (2a. ed.; pp. 157-168). New York: Oxford University Press.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Goodman, M., Yehuda, R. (2002). The relationship between trauma and borderline personality. *Psychiatric Annals*, 32, 337-345.
- Grilo, C. M., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H. (2002). Co-occurrence of DSM-IV personality disorders with borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 552-554.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, L. (1994). *Mindfulness meditation for everyday life*. New York: Hyperion.
- Kim, S. A., Goff, B. C. (2002). Borderline personality disorder. In: M. Hersen (Ed.). *Clinical behavior therapy: Adults and children* (pp. 16-180). New York: Wiley.
- Koerner, K., Linehan, M. M. (1997). Case formulation in dialectical behavior therapy. In: T. D. Eells (Ed.). *Handbook of psychotherapy case formulation* (pp. 340-367). New York: Guilford Press.
- Kopelwicz, A., Liberman, R. P., Zarate, R. (2002). Psychosocial treatments for schizophrenia. In: P. E. Nathan, J. M. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (2a. ed.; pp. 201-228). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., Hill, C. (1994). Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: A. E. Bergin, S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4a. ed.; pp. 72-133). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R. (1992). *Control your depression* (rev. ed.). New York: Fireside Publishers.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2000). The empirical basis for Dialectical Behavior Therapy: Development of new treatments versus evaluation of existing treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 113-119.

- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (2a. ed.; pp. 396-441). New York: Guilford Press.
- Loranger, A. W. (1999). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Marlatt, G. A., Gordon, R. J. (Eds.) (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Kristeller, J. L. (1999). *Mindfulness and meditation*. In: W. R. Miller (Ed.). *Integrating spirituality into treatment* (pp. 67-84). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- McNair, D. M., Lorr, M., Droppleman, L. F. (1992). *EdITS manual for the profile of Mood States*. San Diego, California: Edits.
- Metalsky, G. I., Joiner, T. E. (1997). The Hopelessness Depression Symptom Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 359-384.
- Meichenbaum, D. M. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Allyn & Bacon.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R. (1994). *MCMI-III manual*. Mineápolis, Minnesota: National Computer Systems.
- Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory: Professional manual*. Tampa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- Paris, J. (2002). Chronic suicidality among patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 53, 738-742.
- Pilkonis, P. A., Heape, C. L., Proietti, J. M., Clark, S. W., McDavid, J. D., Pitts, T. E. (1995). The reliability and validity of two structured diagnostic interviews for personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1025-1033.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, California: Sage.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., Hall, W. (1992). Development of a short "Readiness to Change" questionnaire for use in brief opportunistic interventions. *British Journal of Addictions*, 87, 743-754.

- Schotte, D. E., Clum, G. A. (1987). Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 690-696.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The test for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biologic Psychiatry*, 51, 936-950.
- Snyder, C. R. (2000). The past and possible futures of hope. *Journal of Social and Clinical Psychological*, 19, 11-28.
- Snyder, C. R., Ilardi, S. S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L., Sympto, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Research and Therapy*, 24, 747-762.
- Snyder, C. R., LaPointe, A., Crowson, J. J., Early, S. (1998). Preferences of high- and low-hope people for self-referential input. *Cognition and Emotion*, 12, 807-823.
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16, 201-214.
- Stone, M. H., Hurt, S. W., Stone, D. K. (1987). The PI 500: Long-term follow-up of borderline inpatients meeting DSM-III criteria. I: Global outcome. *Journal of Personality Disorders*, 1, 291-298.
- Trull, T. J., Stepp, S. D., Durrett, C. A. (2003). Research on borderline personality disorder: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 77-82.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- Van den Bosch, L. M. C., Verheul, R., van den Brink, W. (2001). Substance abuse in borderline personality disorder: Clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders*, 15, 416-424.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Huska, J. A., Keane, T. M. (1991). *The PTSD checklist (PCL)*. Boston: National Center for PTSD/Boston VA Medical Center.
- Weaver, T. L., Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associate with Borderline Personality Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1068-1075.
- Whitaker, A., Davies, M., Shaffer, D., Johnson, J., Abrams, S., Walsh, B. T., Kalkow, K. (1989). The struggle to be thin: A survey of anorexic and bulimic symptoms in a non-referred adolescent population. *Psychological Medicine*, 19, 143-163.
- Widiger, T. A., Mangine, S., Corbitt, E. M., Ellis, C. G., Thomas, G. V. (1995). *Personality Disorder Interview-IV: A semi-structured interview for assessment of personality disorders. Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.

- Yen, S., Zlotnick, C., Costello, E. (2002). Affect regulation in women with Borderline Personality Disorder traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 693-696.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd. ed.). Sarasota, Florida: Professional Resource Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L., Gunderson, J. G. (1987). The diagnostic interview for personality disorders: Interrater and test-retest reliability. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 467-480.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S. y Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 144-150.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. C., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3, 10-18.
- Zanarini, M. C., Ruser, T., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative symptoms of borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 188, 26-30.

Trastorno de la erección

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

En general, las disfunciones sexuales se caracterizan por perturbaciones en el deseo sexual y por los cambios psicofisiológicos asociados con el ciclo de respuesta sexual en hombres y mujeres. De acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000), el ciclo de respuesta sexual en los hombres se divide en las cuatro fases siguientes: *a*) deseo sexual, *b*) excitación (aumento del placer sexual subjetivo acompañado de tumescencia y erección del pene), *c*) orgasmo (sensación de inevitabilidad eyaculatoria y eyaculación) y *d*) resolución (relajación muscular y sensación general de bienestar).

Las disfunciones sexuales (trastornos sexuales) masculinas ocurren en una o más de estas fases. Pueden ser: *deseo sexual hipoactivo* (deficiencia o ausencia de fantasías sexuales y de deseo de actividad sexual junto con una marcada angustia), *trastorno por aversión al sexo* (aversión y activa evitación de contacto sexual genital con una pareja sexual), *trastorno de la erección* (dificultad para lograr o mantener una erección), *trastorno orgásmico masculino* (retraso o ausencia persistentes del orgasmo tras una excitación sexual normal), *eyaculación precoz* (presentación persistente o recurrente del orgasmo con mínima estimulación sexual) y *dispareunia* (dolor genital asociado con el coito). Debido a la frecuencia con que se presentan dichos problemas en pacientes de consulta externa, este capítulo se dedica de manera específica al trastorno de la erección (TE).

El TE implica una incapacidad persistente y recurrente para conseguir o mantener una erección adecuada. También está acompañado de una angustia emocional o dificultad interpersonal significativas. Los individuos con TE varían respecto de sus patrones de respuesta; algunos de ellos reportan dificultades para lograr cualquier tipo de erección a partir del principio de un encuentro sexual, mientras que otros informan una tumescencia normal hasta intentar la penetración; hay quienes expresan que la erección decrece o se pierde durante el coito mismo y otros indican que sólo son capaces de conseguir una erección si ellos mismos se masturban.

El TE es una entidad clínica común. De los varones entre 18 y 59 años de edad, 10.4% reporta alguna forma de problemas de erección durante el año anterior (Laumann, Paik, Rosen, 1999), si bien esto aumenta de forma drástica con la edad. Por ejemplo, en el Estudio de Envejecimiento Masculino de Massachusetts (Feldman, Goldstein, Hatzichristou, Krane, McKinlay, 1994), 52% de hombres entre 40 y 70 años de edad experimentó disfunción eréctil, y los varones de más edad tuvieron problemas de erección de moderados a graves tres veces más en comparación con los más jóvenes. La Conferencia de los Consensos de los Institutos Nacionales de Salud (1993) sobre impotencia sexual reveló que la disfunción eréctil es muy común, y ahí se sugirió que afecta de 10 a 20 millones de varones en Estados Unidos.

El creciente éxito del citrato de sildenafil (Viagra) en el tratamiento del TE tiene consecuencias tanto positivas como negativas desde el punto de vista del terapeuta cognitivo-conductual de consulta externa (lo bueno es que ha aumentado la conciencia del problema y disminuido un poco el estigma asociado; lo malo es que ha aumentado el tratamiento sólo médico). Sin embargo, el TE no siempre responde bien a la medicación. Por ejemplo, el sildenafil no mejora la libido, provoca erecciones espontáneas o induce erecciones sin importar el grado de excitación del individuo. Más importante aún, según la etiología de la disfunción, la eficacia de este medicamento va de 40 a 80% (Segraves, Althof, 2002), lo que indica una variabilidad importante que depende de circunstancias atenuantes. Y lo que es más, existen diversos efectos secundarios, si bien no de gravedad (p. ej., dolores de cabeza, ruborización, dispepsia).

Aspectos del diagnóstico diferencial

El TE no se explica por otro trastorno del Eje I excepto otra disfunción sexual ni es un resultado directo de los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia, medicamento o dolencia médica general. Algunas sustancias o medicamentos adquiridos con receta (p. ej., antihipertensivos, antidepressivos, antipsicóticos) llegan a ocasionarlo, de modo que es necesario descartar este factor. Si están presentes tanto el TE como un abuso de sustancias pero se juzga que la disfunción

sexual no es consecuencia exclusiva de los efectos fisiológicos directos del consumo de dicha sustancia, debe diagnosticarse entonces el *trastorno de la erección debido a factores combinados*.

Asimismo, otras dolencias médicas llegan a originar dificultades sexuales relacionadas con la erección. Entre ellas se hallan la diabetes, esclerosis múltiple, falla renal, neuropatía periférica, enfermedad vascular periférica, lesiones de la médula espinal y del sistema nervioso autónomo a causa de cirugía o radiación (p. ej., Marks, Friedman, DelliCarpini, Nezu, Nezu, 1997). Es importante y muy aconsejable realizar un examen médico completo antes de iniciar tratamiento psicossocial. Es fundamental identificar si existe tumescencia nocturna del pene, a fin de diferenciar entre TE primario y TE debido a un problema médico general.

Aspectos de comorbilidad

Las dificultades eréctiles con frecuencia se asocian con ansiedad sexual, temor al fracaso, ansiedad de desempeño y a un placer sexual disminuido. Tales problemas sexuales llegan a provocar tensión en las relaciones maritales, interpersonales y sexuales.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Existen diversas medidas que valoran varios problemas sexuales generales y específicos, y sus características relacionadas. En Davis, Yarber, Bauserman, Schreer y Davis (1998) se presenta un compendio revisado de estas medidas.

Evaluaciones clínicas

- *Derogatis Sexual Functioning Inventory* (Derogatis, 1997; *Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis*). Es una entrevista semiestructurada que evalúa el grado actual de funcionamiento sexual.

Medidas autoaplicables

- *Derogatis Sexual Functioning Inventory* (Derogatis, Melisaratos, 1979; *Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis*). Inventario autoaplicable del funcionamiento sexual general.

- *Sexual Dysfunction Scale* (McCabe, 1998; *Escala de Disfunción Sexual*). Cuestionario autoaplicable que mide varias disfunciones sexuales y factores asociados.

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Aunque las más de las veces los hombres acuden a terapia para TE con una meta de desempeño en mente (p. ej., lograr erecciones firmes), Bach, Wincze y Barlow (2001) sugieren que las metas que implican mayor satisfacción sexual y mejores relaciones sexuales operan para disminuir la presión y ansiedad de desempeño, factores que quizá impidan alcanzar el éxito de la terapia. Así, tal vez sea de particular importancia para el profesional que implementa la terapia cognitivo-conductual que analice estos aspectos relacionados con las metas junto con el paciente y su pareja mediante un mapa clínico de patogénesis (MCP) y un mapa de alcance de metas (MAM) (véanse los capítulos 2 y 3) antes de poner en práctica un plan de tratamiento.

En general, es preferible, si se cuenta con un compañero sexual, que ambos se sometan a una evaluación y tratamiento como pareja. El compañero puede ofrecer información y perspectivas adicionales acerca de las dificultades sexuales del paciente, así como permitir que el tratante observe las interacciones reales entre la pareja. Además, de acuerdo con Bach y colaboradores (2001), trabajar con una pareja contrarresta la noción de que el varón con disfunción eréctil necesita ser “arreglado”. Más aún, Wylie (1997) descubrió que los pacientes varones tienden a permanecer en tratamiento si su pareja asistía a la entrevista de evaluación, mientras que Hirst y Watson (1997) observaron que el mejor predictor de resultados fue que ya se hubiese recibido tratamiento individual o como pareja, para lo cual la terapia de pareja generó mejores resultados. Este capítulo se presenta bajo la suposición de que los siguientes preceptos son aplicables para parejas tanto heterosexuales como homosexuales.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

- Vencer los mitos sobre la sexualidad masculina.
- Reducir la ansiedad de desempeño.
- Disminuir las cogniciones disfuncionales.
- Mejorar el control de estímulos.

Meta 1: Vencer los mitos sobre la sexualidad masculina

Las ideas erróneas, expectativas poco realistas y la falta de información acerca de los aspectos fisiológicos, anatómicos y psicológicos del funcionamiento sexual humano básico operan como factores etiológicos en las disfunciones sexuales (Bach *et al.*, 2001; Pridal, 2001). En las sociedades occidentales a los varones se les educa con un conjunto de ideas acerca de la relación entre masculinidad y sexualidad, algunas de las cuales causan o mantienen la disfunción sexual. Algunos mitos sobre la sexualidad masculina son los siguientes (véase también Zilbergeld, 1998):

- Un hombre “de verdad” no se ocupa de “cosas de débiles”, como los sentimientos o la comunicación.
- Todo contacto con las manos es sexual y, por lo tanto, lleva al sexo.
- Un hombre “de verdad” se desempeña bien en el sexo.
- Mientras más grande, mejor.
- No les voy a gustar a las mujeres si no tengo una erección.
- Los hombres “de verdad” no tienen problemas sexuales.
- Debo ser capaz de “durar” toda la noche.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Sexual Opinion Survey* (Fisher, 1998; *Encuesta de opinión sexual*). Mide las ideas y actitudes sexuales.
- Entrevista semiestructurada: el terapeuta emplea una lista de mitos (como la mencionada) para conocer las actitudes generales y específicas de la persona.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

Psicoeducación. Proporcionar a los pacientes información precisa acerca del funcionamiento fisiológico, anatómico y sexual básico es una importante estrategia de tratamiento para las disfunciones sexuales. Esta información contribuye a corregir varios mitos y malentendidos sobre el funcionamiento sexual. Por ejemplo, Wincze y Carey (2001) sugieren que varias ideas (p. ej., que debe presentarse una erección antes de la actividad sexual como señal del interés sexual) llegan a originar una significativa evitación de las interacciones sexuales.

También es importante enmendar los malentendidos o la falta de información respecto de diversos factores de riesgo. Por ejemplo, pocos varones saben que fumar puede ser una causa indirecta y directa del TE (Mannino, Klevens, Flanders, 1994; NIH Consensus Conference, 1993). La educación de los pacientes con

información exacta acerca del sexo puede ocurrir durante la sesión de manera didáctica o mediante biblioterapia. Un metaanálisis reciente de enfoques de biblioterapia para el tratamiento de trastornos sexuales ofrece amplia evidencia de su eficacia (van Lankveld, 1998; véase también van Lankveld, Everaerd, Grotjohann, 2001).

Meta 2: Reducir la ansiedad de desempeño

Un tema común en las teorías tanto tempranas como contemporáneas de la disfunción eréctil destaca la función etiológica de la ansiedad de desempeño por la cual, a causa de temor a fallar, de quedar en ridículo o de “no ser masculino”, los hombres pueden experimentar disfunción eréctil. Barlow (1986) observa que el afecto negativo específico a los estímulos sexuales es una característica etiológica básica del TE.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *International Index of Erectile Functioning* (Rosen et al., 1997; *Índice Internacional del Funcionamiento Eréctil*). Medida de 15 puntos del funcionamiento eréctil.
- *Subjective Units of Distress Scale* (SUDS; *Escala Subjetiva de Unidades de Angustia*). Evalúa el grado autoinformado de angustia fisiológica o psicológica de los pacientes, en una escala de 0 (sin angustia en absoluto) a 100 (la mayor angustia que han sentido jamás).

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Concentración sensorial
- Reducción de la ansiedad.

Concentración sensorial. Masters y Johnson (1970) diseñaron este procedimiento, y es aplicable en varios trastornos sexuales masculinos y femeninos. En esencia, esta técnica enseña a los pacientes primero a construir una elevada conciencia de las sensaciones y, después, a concentrarse en ella. Más adelante, la concentración se desplaza a las sensaciones físicas y emocionales y no al desempeño propio. Se reduce la ansiedad de desempeño como función de trabajo hacia una meta asequible de manera inmediata (es decir, disfrutar el contacto con la pareja) en comparación con la lucha hacia el objetivo de una tumescencia sostenida la cual, al inicio del tratamiento, es poco probable. Aminora la presión interna sobre el paciente mismo para “desempeñarse”, y la pareja está ya en

condiciones de disfrutarse entre sí. Si se pone en práctica de manera correcta, se incrementa la confianza de la pareja en ellos mismos y su relación, lo que por ende contribuye a un resultado positivo. El ritmo de este enfoque debe ser gradual, con el fin de reducir la presión psicológica. Si es el caso, las instrucciones al inicio de la aplicación de este procedimiento serían *no tener coito* aunque se dé una erección. La meta principal es que la pareja aprenda a ser más afectuosa, a dar y recibir placer sexual y a fijar múltiples metas para las interacciones sexuales aparte de un coito “exitoso”. Es importante que se establezca de común acuerdo entre ambos miembros de la pareja el ritmo al que las actividades adicionales (p. ej., el coito) formen parte del acto sexual.

Reducción de la ansiedad. Morokoff, Baum, McKinnon y Gillilan (1987) descubrieron que una combinación de estrés agudo y crónico llega a originar una disfunción eréctil. Así, si se observa que el paciente con TE experimenta grados elevados de síntomas de ansiedad incluso antes de intentar el protocolo de la concentración sensorial, quizá sea importante enseñarle varias estrategias de reducción de ansiedad o de manejo del estrés, como la relajación muscular progresiva, visualización, respiración profunda y entrenamiento autogénico. Resulta de particular utilidad que el compañero proporcione una inducción real a la relajación (Nezu, Nezu, 2003).

Meta 3: Disminuir las cogniciones disfuncionales

Barlow (1986) sugiere que hombres y mujeres con trastornos sexuales responden a los estímulos sexuales al concentrarse en autodeclaraciones y cogniciones negativas; esto en realidad termina por distraerlos de los indicios eróticos, lo que interfiere con su capacidad de excitarse. Las investigaciones documentan que las distracciones de los estímulos eróticos provocan una disminución de la excitación fisiológica (p. ej., Abrahamson *et al.*, 1985). Los patrones de pensamiento disfuncional en este contexto implican tanto concepciones erróneas como actitudes negativas. También suponen pensamientos intrusivos, como preocuparse acerca de la firmeza de la erección o preguntarse si la pareja sexual disfruta de la “técnica” que se está practicando. Wincze y Carey (2001) observan que muchos pacientes de hecho ignoran o descartan dichos pensamientos como relacionados con dificultades sexuales.

Más recientemente, Cyranowski, Aarestad y Andersen (1999) describieron el concepto de *esquemas sexuales del Sí mismo*, es decir, generalizaciones cognitivas respecto de elementos sexuales del Sí mismo que representan un componente fundamental de la propia sexualidad. En tanto son ideas básicas acerca de aspectos sexuales de la persona, si son positivos, es probable que dichos esquemas faciliten el funcionamiento sexual; por otra parte, cuando son en extremo

negativas, conflictivas o débiles, estas generalizaciones operan como factores de riesgo potenciales para futuras disfunciones sexuales.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Sexual Self-Schema Scales* (Cyranowski, Aarestad, Andersen, 1999; *Escala de Esquemas Sexuales del Sí mismo*). Mide las ideas básicas acerca de aspectos sexuales de la persona.
- Registro de pensamientos: autosupervisión de pensamientos automáticos relacionados con dificultades sexuales.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.

Reestructuración cognitiva. Desde el punto de vista conceptual, las variables cognitivas relacionadas con una disfunción sexual se clasifican en dos categorías: actitudes negativas (p. ej., “no voy a poder complacer a mi nueva novia si no tengo una erección como la última vez”) y pensamientos intrusivos (p. ej., “me pregunto con cuántos se ha acostado antes que conmigo”). La primera meta al intentar reducir la influencia negativa que ejercen estas cogniciones en el funcionamiento sexual es que el paciente identifique el momento en que se presentan. Al respecto, quizá sea útil llevar un registro de pensamientos después del intento de la relación sexual. Una manera de contrarrestar las actitudes negativas autodenigratorias (p. ej., “mi pene no es grande, así que ella no se va a excitar mucho cuando me quite la ropa”) es ofrecer educación y aplicar estrategias de reestructuración cognitiva. Como concepto, la reestructuración cognitiva puede considerarse un término general que abarca varias estrategias específicas de terapia: terapia emotivo-racional (p. ej., Ellis, 1994), técnicas cognitivas de afrontamiento a partir de la terapia de inoculación de estrés (Meichenbaum, 1977) y de la terapia cognitiva (Beck, 1995). Si bien hay diferencias entre estos enfoques, todos contemplan ayudar a que el paciente identifique mejor sus pensamientos desadaptativos y luego los modifique. Tras aprender a cobrar mayor conciencia de estos pensamientos negativos y a reconocer el momento en que se presentan, se enseña a los pacientes a evaluar la precisión de dichos pensamientos y a dejar de caer en diversos errores cognitivos (p. ej., culpar, elaborar catástrofes, generalizar en exceso, personalizar) y remplazar tales cogniciones desadaptativas con otras más adaptativas. Con la terapia cognitiva de Beck, los pacientes se entrenan para evaluar y cambiar su mentalidad a una de estilo más socrático e inductivo que de refutación o réplica argumentativa. Si el paciente tiende a ser

un poco defensivo, quizá sea más adecuado aplicar el enfoque más socrático a la reestructuración cognitiva.

Terapia de resolución de problemas. Un enfoque terapéutico relacionado con la terapia cognitiva es la terapia de resolución de problemas (D’Zurilla, Nezu, 1999; Nezu, en prensa), que se encamina a aumentar la capacidad general del paciente para abordar situaciones estresantes. Una parte de este planteamiento implica cambiar los factores cognitivos que obstruyen de forma negativa la *orientación del problema*, o la visión general de los problemas y la autoevaluación respecto de la capacidad propia para resolverlos (p. ej., las ideas acerca de la causa de un problema, atribuciones acerca del responsable del problema en primer lugar, ideas de la propia eficiencia). Este enfoque es adaptable para que los pacientes venzan su pensamiento negativo acerca de aspectos sexuales.

Meta 4: Mejorar el control de estímulos

Muchas parejas, en las que uno o ambos miembros experimentan dificultades sexuales, a menudo piensan que el funcionamiento sexual es un proceso automático que sólo requiere un compañero bien dispuesto (Bach *et al.*, 2001). Es fundamental conocer los factores ambientales y psicológicos que facilitan u obstruyen el deseo y la excitación sexual en ambos miembros de la pareja, en especial cuando intentan intensificar los efectos de la estrategia de concentración sensorial ya descrita. Diversos factores ambientales (p. ej., música, iluminación), temporales (p. ej., hora del día o la noche en que se prefiere el acto), biológicos (p. ej., presencia de enfermedad, fatiga), psicológicos (p. ej., el estado de ánimo de cada miembro de la pareja) e interpersonales (p. ej., atracción sexual mutua) pueden afectar la calidad de una interacción sexual. La terapia sexual en este contexto implica ayudar a la pareja a que comprenda mejor sus propios “estímulos sexuales preferidos” y los de su compañero, así como promover su capacidad de tener relaciones sexuales en mejores condiciones.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- Entrevista semiestructurada: evalúa las condiciones o factores que afectan de manera positiva la excitación sexual propia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Control de estímulos

Control de estímulos. Es un planteamiento de intervención que implica tres pasos principales. En primer lugar, el terapeuta debe contribuir a la educación de la pareja respecto de los múltiples factores que afectan el funcionamiento sexual. Después, se pide a cada miembro que cree una lista de las condiciones que influyen de manera positiva y negativa en su excitación sexual. Al final, se procura que la pareja trabaje para maximizar la cantidad de factores positivos en cada encuentro sexual. Esto debe aplicarse junto con el procedimiento de concentración sensorial para maximizar el placer sensual general. Debido a las amplias diferencias de gustos y preferencias en muchos de estos factores (p. ej., distintos gustos respecto de lo que constituye la música ambiental “correcta”), es importante que el terapeuta ayude a que la pareja negocie de modo adecuado cuando se esfuerza por llegar a un acuerdo.

Metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

- *Angustia marital/relación conflictiva.* Al mismo tiempo que se evalúa el problema sexual, es probable que el terapeuta comience a obtener una impresión de la calidad de la relación en sí, aparte de las dificultades sexuales. Si existe un conflicto significativo en ella, de forma que la cuestión sexual sea secundaria, quizá sea más adecuado un tratamiento marital/de pareja (véase el capítulo 14). Sin embargo, si hay problemas en la relación pero parecen ser consecuencia de la frustración o tensión asociadas con la disfunción sexual, la terapia sexual puede continuar, en el entendido de que la angustia de la pareja se identifique como objetivo adicional del tratamiento (Metz, Epstein, 2002).
- *Comunicación deficiente.* A partir de la suposición de que este factor no forma parte de un problema mayor de la relación, es importante mejorar la capacidad de cada miembro para comunicarse con eficacia entre sí. Esto podría conllevar dificultades para hablar de temas sexuales, o problemas de ira reprimida, resentimientos u otros sentimientos negativos.
- *Perturbación del estado de ánimo.* Uno de los factores de riesgo individuales más comunes para un resultado deficiente de la terapia sexual es la presencia de un trastorno psicológico (Hawton, 1995). Por ejemplo, una característica que define la depresión es la falta de interés o placer en las actividades que la persona solía disfrutar. Angst (1998) descubrió que los índices de disfunción sexual en un grupo de 591 hombres y mujeres clasificados como no deprimidos, deprimidos sin tratamiento y deprimidos en tratamiento fueron de 26, 45 y 62%, res-

pectivamente. La angustia y la preocupación son reacciones normales ante problemas sexuales; sin embargo, si se observa un estado de ánimo negativo significativo desde el punto de vista clínico, debe ser prioritario aminorar esta angustia como meta básica del tratamiento.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Los efectos de la edad en el funcionamiento sexual son complejos y a menudo no coinciden con algunos estereotipos. Debido a la falta de estudios epidemiológicos bien diseñados (Fisher, Zeiss, Carstensen, 1993) se conoce poco acerca de la presencia de trastornos sexuales entre los adultos mayores, a pesar de que la disfunción eréctil quizá sea el trastorno de salud más común en los varones mayores (Godschalk, Chen, Katz, Mulligan, 1994). No se sabe si el proceso natural de envejecimiento, la mayor manifestación de problemas generales de salud o el aumento en el consumo de medicamentos tiene algún efecto definitivo o permanente en el funcionamiento sexual entre los adultos mayores. Es probable que el mejor predictor del funcionamiento sexual entre este grupo sea el comportamiento sexual previo (George, Weiler, 1981). Los cambios relacionados con la edad son importantes y en potencia pueden influir sobre la salud sexual, pero no deben considerarse de forma automática como la “causa” de la disfunción (Zeiss, Zeiss, 1999). Aunque existen pocos estudios de resultados respecto de la terapia cognitivo-conductual (o cualquier otro enfoque) para el tratamiento de los trastornos sexuales entre los adultos mayores, es probable que con una adaptación de los procedimientos recién descritos, con una base ideográfica, estas estrategias sean eficaces para tratar el TE en las personas mayores (Fisher, Swingen, O'Donohue, 1997; Zeiss, Zeiss, 1999).

También es necesario tomar en cuenta los factores culturales al aplicar un tratamiento para trastornos sexuales. Diversos factores sociales/étnico/culturales influyen en las ideas, actitudes y comportamiento de un individuo en las relaciones sexuales. Por ejemplo, quizá las creencias religiosas de un paciente desaprueben o incluso prohíban actividades como la masturbación o el empleo de la concentración sensorial. Es preciso que el terapeuta se muestre particularmente sensible ante cualquier diferencia de valores en cuanto a los asuntos sexuales.

El abuso sexual previo, sea como víctima o como perpetrador, quizá sirva como factor causal de predisposición respecto de las ideas, expectativas y deseos acerca de las actividades sexuales. Por ejemplo, las víctimas masculinas de contacto adulto-infantil son tres veces más propensas a experimentar disfunción eréctil, en tanto que los hombres que han atacado sexualmente a una mujer son 3.5 veces más propensos a manifestarla (Laumann *et al.*, 1999). Así, los actos sexuales traumáticos tienen efectos significativos en el funcionamiento sexual, incluso años

después del suceso mismo (p. ej., violación infantil). Es importante estar alerta ante la posibilidad de que exista este factor de riesgo en un paciente determinado.

REFERENCIAS

- Abrahamson, D. J., Barlow, D. H., Sakheim, D. K., Veck, J. G., Athanasiou, R. (1985). Effect of distraction on sexual responding in functional and dysfunctional men. *Behavior Therapy*, 16, 503-515.
- Angst, J. (1998). Sexual problems in healthy and depressed persons. *International Clinical Psychopharmacology*, 13 (suppl. 6), S1-S4.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Bach, A. K., Wincze, J. P., Barlow, D. H. (2001). Sexual dysfunction. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3a. ed.; pp. 562-608). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Cyranowski, J. M., Aarestad, S. L., Andersen, B. L. (1999). The role of sexual self-schema in a diathesis-stress model of sexual dysfunction. *Applied & Preventive Psychology*, 8, 217-228.
- Davis, C. M., Yarber, W. L., Bauserman, R., Schreer, G., Davis, S. L. (Eds.) (1998). *Handbook of sexuality-related measures*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Derogatis, L. R. (1997). The Derogatis Interview for Sexual Functioning (DISF-/DISF-SR): An introductory report. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23, 291-304.
- Derogatis, L. R., Melisaratos, N. (1979). The DSFI: A multidimensional measure of sexual functioning. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 5, 244-281.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (rev. ed.). New York: Birch Lane Press.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, D. G., Krane, R. J., McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.

- Fisher, J. E., Swingen, D. N., O'Donohue, W. (1997). Behavioral interventions for sexual dysfunction in the elderly. *Behavior Therapy*, 28, 65-82.
- Fisher, J. E., Zeiss, A. M., Carstensen, L. L. (1993). Psychopathology in the aged. In: P. B. Sutker, H. E. Adams (Eds.). *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd. ed.; pp. 815-842). New York: Plenum Press.
- Fisher, W. A. (1998). The Sexual Opinion Survey. In: C. M. Davies, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davis (Eds.). *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 34-37). Thousand Oaks, California: Sage.
- George, L. K., Weiler, S. J. (1981). Sexuality in middle and late life: The effects of age, cohort, and gender. *Archives of General Psychiatry*, 38, 919-923.
- Godschalk, M. F., Chen, J., Katz, P. G., Mulligan, T. (1994). Prostaglandin E1 as treatment for erectile failure in elderly men. *Journal of the American Geriatrics Society*, 42, 1263-1265.
- Hawton, L. (1995). Treatment of sexual dysfunctions by sex therapy and other approaches. *British Journal of Psychiatry*, 167, 307-314.
- Hirst, J. F., Watso, J. P. (1997). Therapy for sexual and relationship problems: The effects on outcome of attending as an individual or as a couple. *Sexual and Marital Therapy*, 12, 321-337.
- Laumann, E. O., Paik, A., Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association*, 281, 537-544.
- Mannino, D. M., Klevens, R. M., Flanders, W. D. (1994). Cigarette smoking: An independent risk factor for impotence? *American Journal of Epidemiology*, 140, 1003-1008.
- Marks, D. I., Friedman, S. H., DelliCarpini, L., Nezu, C. M., Nezu, A. M. (1997). A prospective study of the effects of high dose chemotherapy and bone marrow transplantation on sexual function in the first year after transplant. *Bone Marrow Transplantation*, 19, 819-822.
- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCabe, M. P. (1998). Sexual dysfunction scale. In: C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer, S. L. Davies (Eds.). *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 191-192). Thousand Oaks, California: Sage.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Metz, M. E., Epstein, N. (2002). Assessing the role of relationship conflict in sexual dysfunction. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 28, 139-164.
- Morokoff, P. J., Baum, A., McKinnon, W. R., Gilliland, R. (1987). Effects of chronic unemployment and acute psychological stress on sexual arousal in men. *Health Psychology*, 6, 545-560.

- National Institutes of Health (NIH) Consensus Conference. (1993). Impotence: NIH Consensus Panel on Impotence. *Journal of the American Medical Association*, 270, 83-90.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M. (2003). *Awakening self-esteem: Psychological and spiritual techniques for improving your well-being*. Oakland, California: New Harbinger.
- Pridal, C. G. (2001). Male gender role issues in the treatment of sexual dysfunction. In: G. R. Brooks, G. E. Glenn (Eds.). *The new handbook of psychotherapy and counseling with men: A comprehensive guide to settings, problems, and treatment approaches* (pp. 309-334). New York: Wiley.
- Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49, 822-830.
- Seagraves, T., Althof, S. (2002). Psychotherapy and pharmacotherapy for sexual dysfunctions. In: P. E. Nathan, J. Gorman (Eds.). *A guide to treatments that work* (pp. 497-524). New York: Oxford University Press.
- van Lankveld, J. J. D. M. (1998). Bibliotherapy in the treatment of sexual dysfunctions: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 702-708.
- van Lankveld, J. J. D. M., Everaerd, W., Grotjohann, Y. (2001). Cognitive-behavioral bibliotherapy for sexual dysfunctions in heterosexual couples: A randomized waiting-list controlled clinical trial in the Netherlands. *The Journal of Sex Research*, 38, 51-67.
- Wincze, J. P., Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment* (2nd. ed.). New York: Guilford Press.
- Wylie, K. R. (1997). Treatment outcome of brief couple therapy in psychogenic male erectile disorder. *Archives of Sexual Behavior*, 26, 527-545.
- Zeiss, A. M., Zeiss, R. A. (1999). Sexual dysfunction: Using an interdisciplinary team to combine cognitive-behavioral and medical approaches. In: M. Duffy (Ed.). *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (pp. 294-313). New York: Wiley.
- Zilbergeld, B. (1998). *The new male sexuality* (rev. ed.). New York: Bantam Books.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

La mayoría de la gente en Estados Unidos está casada (Kreider, Fields, 2002). En 1996, 69% de los hombres y 76% de las mujeres de más de 15 años de edad habían estado casados al menos una vez; no obstante, más o menos 50% de los matrimonios termina en divorcio. La relación marital tiende a erosionarse antes de los primeros cuatro o cinco años (Bradbury, Cohan, Karney, 1998), con un tiempo promedio entre matrimonio y separación de 6.6 años. Una de cada diez parejas se divorcia antes de cumplir cinco años de casados, y 20% antes de diez. Sin embargo, la mayoría de la gente (75%) se casa de nuevo. Para los fines del presente capítulo, con el término “pareja” se alude a una relación romántica significativa entre dos adultos, lo que sugiere que los principios, en lo básico, son aplicables a personas que no están casadas por la ley o que son del mismo género.

En vista de la elevada presencia de matrimonios y divorcios, la angustia de pareja es muy común. Surge la pregunta: ¿por qué, si se supone que la pareja se forma en virtud de que dos personas se quieren, se presenta la angustia de pareja? Una respuesta implica la naturaleza cambiante de las relaciones. Salir con alguien en una cita se caracteriza por emoción y novedad; sin embargo, conforme pasa el tiempo, suceden cosas que generan angustia en la relación, incluso la “erosión del reforzamiento” (es decir, comportamientos antes reforzadores que se vuelven comunes y menos reforzadores en tanto se repiten una y otra vez) y el surgimiento o reconocimiento de incompatibilidades (p. ej., diferencias que antes se minimizaron o descartaron ahora se reconocen como una disparidad).

Además, los problemas o estresores son inevitables y a menudo operan para aumentar la angustia en la pareja. Así, por ejemplo, las tensiones financieras, el estrés laboral, enfermedades y otros sucesos cotidianos importantes (p. ej., un nacimiento) pueden presionar una relación. Más aún, los estresores con frecuencia destacan las diferencias de estilos de afrontamiento entre los miembros de la pareja. Es posible que lleguen a presentarse algunos patrones cognitivos y conductuales desadaptativos durante épocas difíciles, lo que aumenta dicha angustia.

Entre los predictores de problemas en la relación se hallan el divorcio de los padres, violencia en la familia de origen y la psicopatología individual. Gottman y colaboradores (Gottman, Coan, Carrere, Swanson, 1998) predijeron más o menos 80% de divorcios e insatisfacción marital al evaluar variables como el rechazo de un esposo a la influencia de su mujer, reciprocidad negativa de emociones y falta de disposición a suavizar los problemas durante la resolución de los mismos.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Medidas autoaplicables

- *Areas of Change Questionnaire* (Weiss, Hops, Patterson, 1973; *Cuestionario de Áreas de Cambio*). Evalúa asuntos específicos que les gustaría cambiar a las parejas.
- *Conflict Tactics Scale* (Straus, 1979; *Escala de Tácticas de Conflicto*). Valora la frecuencia y gravedad de la agresión física; también es útil para determinar si es sensato emprender una terapia de pareja.
- *Dyadic Adjustment Scale* (Spanier, 1976; *Escala de Ajuste Diádico*). Estima la angustia y el compromiso implicados en la relación.
- *Issues Checklist* (Robin, Foster, 1989; *Lista de Problemas*). Evalúa las fuentes de conflicto en la relación.
- *Marital Satisfaction Inventory-Revised* (Snyder, 1997; *Inventario de Satisfacción Marital-Revisado*). Mide la satisfacción con el matrimonio; incluye una escala de violencia doméstica enfocada a la agresión física.
- *Marital Status Inventory* (Weiss, Cerreto, 1980; *Inventario de Estatus Marital*). Valora la probabilidad de la disolución del matrimonio.

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Al trabajar con parejas, las metas de resultados finales quizá sean reducir los conflictos y la conducta negativa, así como aumentar la cercanía y la intimidad. La terapia de pareja se dirige a promover el compañerismo (es decir, trabajar juntos para resolver problemas con eficacia), modificar los patrones de interacción y desadaptativos contingencias en un intento por apoyarse entre sí durante épocas estresantes (p. ej., en lo emocional e instrumental), propiciar un mejor entendimiento mutuo y aumentar el interés. Las emociones pueden ser un objetivo, de manera específica al reducir el distanciamiento emocional o las emociones negativas (p. ej., ira, síntomas depresivos) y reducir la reciprocidad de afecto negativo. De manera semejante, las conductas se convierten en objeto de las metas de resultados finales al disminuir los excesos conductuales (p. ej., agresión verbal) y las deficiencias (p. ej., habilidades de afrontamiento). Por último, es deseable mejorar una relación que contribuya al bienestar de ambos miembros, tanto en el corto como en el largo plazo.

Sin embargo, es importante recordar que, más que aumentar la intimidad, una meta final quizá sea decidir el mejor curso de acción para la pareja. En el transcurso de la terapia tal vez se decida de manera mutua que lo mejor es la separación. De ser así, la terapia cambia de metas para dirigirse a una disolución amigable de la relación.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre estas metas se hallan las siguientes:

- Incrementar los comportamientos positivos.
- Mejorar la comunicación adaptativa y la resolución de problemas.
- Disminuir las ideas disfuncionales.
- Aumentar la aceptación.

Meta 1: Incrementar los comportamientos positivos

La teoría del intercambio social sostiene que la satisfacción en la relación es una función de la proporción entre las experiencias positivas y negativas. Más aún, la teoría del aprendizaje social afirma que el comportamiento es resultado de factores ambientales, como el condicionamientos operante y el clásico. La terapia

conductual marital tradicional (Jacobson, Margolin, 1979) se basa en estas dos teorías y hace hincapié en la función del intercambio conductual. La disfunción en la relación se caracteriza por más interacciones negativas que positivas. De hecho, se ha descubierto que las relaciones estables se caracterizan por una relación entre comportamientos negativos y positivos de 1:5, en tanto que las relaciones con angustia se distinguen por una proporción de 0.8:1 respectivamente. Además, se ha comprobado que el cambio de los comportamientos desadaptativos en una relación genera en ella una mayor satisfacción (Hahlweg, Markman, 1988).

La noción de reciprocidad es básica en la terapia conductista marital tradicional (Jacobson, Margolin, 1979). De manera específica, es más probable que se manifiesten comportamientos positivos tras otros comportamientos del mismo tipo, y sucede lo mismo con el castigo. La conducta positiva predice satisfacción en una relación, en tanto que la insatisfacción en la relación se caracteriza por comportamientos negativos.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Spouse Observation Checklist* (Weiss, Hops, Patterson, 1973; *Lista de observación conyugal*). Permite a las parejas evaluar los comportamientos positivos que manifiestan sus compañeros.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Intercambio conductual.
- Programa de actividades placenteras.
- Autorregulación.

Intercambio conductual. Debido a la reciprocidad y la, hasta cierto punto elevada, tasa de comportamientos negativos que manifiestan las parejas con angustia, el propósito del intercambio conductual es aumentar la conducta positiva. En el intercambio conductual, los individuos identifican de *manera independiente* los comportamientos que pueden manifestar para con su compañero y después los ponen en práctica de diversas maneras. El terapeuta quizá les pida que manifiesten algunos de estos comportamientos (p. ej., al principio, uno cada semana, y que, poco a poco, aumenten la frecuencia) sin informar a su compañero. Otra forma es la “técnica del sorteo”, en la que ambos miembros de la pareja escriben actos positivos en un papel y después toman la actividad placentera de su compañero en la que participarán. Además están los “días para el otro”, en los cuales se pide a uno de ellos hacer algo especial para el otro.

También se solicita a las parejas que evalúen los beneficios del incremento de sus comportamientos positivos en la conducta de sus compañeros. Con base

en el concepto de la reciprocidad, se espera que los cambios positivos en la conducta de un miembro de la pareja generen transformaciones similares en el otro.

Programa de actividades placenteras. Las parejas con angustia a menudo evitan pasar tiempo juntas por temor a crear conflictos. Así, las interacciones a menudo se basan en la discordia. Programar actividades placenteras juntos rompe la asociación que han formado entre fricción y pasar tiempo juntos. Se pide a ambos que identifiquen las actividades que les gustaría emprender (p. ej., salir a comer, dar un paseo, tomar unas vacaciones). El terapeuta ayuda a la pareja a planear esta “cita”, así como a identificar y resolver problemas potenciales que impidan la ejecución de dichas actividades (p. ej., contratar a una niñera, asegurarse de que salgan del trabajo con tiempo). Tales actividades planeadas recuerdan a las parejas el gozo que pueden experimentar de manera conjunta.

Autorregulación. La premisa de la cual parte la autorregulación es que la satisfacción en la relación aumenta cuando el individuo se esfuerza en cambiar sus comportamientos, pensamientos y emociones (Weiss, Halford, 1996). Así, se procura que las parejas dejen de culparse y de manifestar el comportamiento subsecuente, y que aumenten la responsabilidad y puesta en práctica de su propio comportamiento adaptativo. En vez de motivar un comportamiento positivo para que la otra persona manifieste más acciones positivas, en este modelo el terapeuta asiste a cada individuo para que identifique la forma de disminuir su propia conducta problemática. Se ha descubierto que este planteamiento es eficaz para aumentar la comunicación y la satisfacción maritales (Halford, Sanders, Behrens, 1994).

Meta 2: Mejorar la comunicación adaptativa y la resolución de problemas

Las formas ineficaces o destructivas de comunicarse entre sí, en especial cuando se intenta trabajar en temas importantes, es otra característica de la angustia de pareja. Más que tratar de participar en una resolución de problemas en la que ambos cooperen, es más probable que manifiesten varios tipos de coerción, como llantos, amenazas y negación de afecto. Mientras que la coerción inicial quizá permita que un miembro de la pareja esté feliz porque obtiene lo que quiere, es probable que esto genere mayor polarización. Se ha descubierto que las habilidades deficientes de comunicación y de manejo de conflictos son predictores significativos del descontento marital y de divorcio (Gottman, Coan, Carrere, Swanson, 1998). El entrenamiento de comunicación y resolución de problemas enseña a las parejas a discutir y resolver problemas de forma más eficaz, sin tácticas destructivas.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Communication Patterns Questionnaire* (Sullaway, Christensen, 1983; *Cuestionario de Patrones de Comunicación*). Evalúa las interacciones conductuales entre la pareja.
- *Managing Affect and Differences Scale* (Arellano, Markman, 1995; *Escala de Manejo de afecto y diferencias*). Estima las habilidades de comunicación de las parejas, en particular durante los conflictos.
- *Role-playing* semiestructurado: Mide las dificultades de comunicación y resolución de problemas durante una interpretación de roles simulada respecto de un área problemática particular (p. ej., economía, crianza de los hijos, dónde vivir).

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de habilidades de comunicación.
- Entrenamiento de comunicaciones emocionales.
- Terapia de resolución de problemas.

Entrenamiento de habilidades de comunicación. El mejoramiento de las habilidades de comunicación es benéfico para las parejas que experimentan angustia. Una de estas habilidades, la “técnica del hablante-escucha”, implica reglas específicas para ambos. Así, por ejemplo, se instruye al hablante a que use “yo” en lugar de “tú”, a que se abstenga de culpar, a que emplee etiquetas emocionales “suaves”, como “triste” o “daño” y no “enojo”, y a que sus enunciados sean breves. El escucha es responsable de parafrasear lo que dice el hablante *sin refutar*, lo cual promueve un entendimiento mutuo de que cuando un miembro de la pareja *declara* algo, en realidad el otro *lo escucha* con precisión. Si bien es posible que al principio la pareja perciba esta forma de comunicarse como poco natural y cargada de tensión, el terapeuta les explica que es útil porque *a*) permite una discusión más racional y *b*) estas “reglas” se harán más rutinarias conforme la pareja siga practicándolas.

El *entrenamiento de asertividad* es otro componente importante de las habilidades de comunicación. Las parejas aprenden a diferenciar entre agresión y asertividad, así como a identificar formas eficaces de ser asertivo. De modo específico, se les educa para que elaboren las peticiones que les son importantes, a decir “no” a solicitudes que no les gustaría cumplir y a expresar sus reacciones de una manera no agresiva.

Debido a que es inevitable que surjan algunos conflictos, su resolución es otro importante componente de las habilidades de comunicación. El “tiempo fuera” es una técnica útil para evitar los efectos adversos de una elevada intensidad

emocional (p. ej., comportamientos de los que más tarde la pareja se arrepienta). Antes de esta intensificación afectiva, las parejas identifican una manera de detener la escalada (p. ej., separarse 20 minutos para pensar con claridad lo que dice cada uno). Después regresan de mutuo acuerdo a un punto determinado para recapitular y conversar en un estado de ánimo más racional.

Terapia de resolución de problemas. A menudo las interacciones de la pareja se entrampan en un afrontamiento desadaptativo (p. ej., una persona es agresiva mientras la otra se retira). Así, un aspecto importante para mejorar la comunicación es el entrenamiento en habilidades de resolución de problemas, misma que destaca la definición clara del problema, la búsqueda de soluciones alternas, tomar la opción más eficaz y después ponerla en práctica (D’Zurilla, Nezu, 1990). Es importante recordar que, en ocasiones, un problema no se resuelve al modificar una situación. En cambio, promover la aceptación o hallar formas de disminuir la reacción negativa propia al problema son metas deseables más adaptativas (Nezu, en prensa). Al tratar la angustia de pareja, este planteamiento pretende aumentar la capacidad diádica de resolver problemas juntos mediante habilidades específicas de resolución de problemas, por tanto, se promueve que la pareja aplique estas habilidades junto con las de comunicaciones ya aprendidas. Entre las instrucciones adicionales se encuentran informar la solución elegida de mutuo acuerdo en un lugar en donde ambos individuos se vean a menudo con el fin de revisar el avance hacia la solución del problema, sin dejar de fijar una hora y lugar específicos para resolverlo, así como dedicarse sólo a un problema a la vez (Wheeler, Christensen, Jacobson, 2001).

Expresión emocional. Debido a que las emociones a menudo no se expresan con eficacia (p. ej., expresar una ira excesiva o suprimirla), se enseña a las parejas formas más adaptativas de comunicar afecto. La *terapia de emoción dirigida* (Johnson, 1996) es una intervención que pretende identificar, normalizar y expresar emociones. El *entrenamiento de expresividad emocional* (Baucom, Epstein, 1990) facilita la expresión de emociones con un enfoque sin amenazas ni culpas. Aquí, se instruye a las parejas a articular sus sentimientos de manera concisa, ante la cual su compañero responda con una paráfrasis de lo que se dijo. Esta técnica se aplica al principio con emociones positivas, y, conforme avanzan las habilidades de la pareja, se comunican emociones más negativas.

En un intento por disminuir las emociones negativas intensas mientras se analiza un problema, el terapeuta procura que la pareja se *distancie* del problema. El distanciamiento de la dificultad es una técnica que se toma prestada de la terapia de pareja conductual integrativa (Jacobson, Christensen, 1996) y se analiza de forma más completa en la Meta 3, la cual permite un examen racional (más que sólo emocional) de la situación problemática. Aquí la pareja habla sobre el problema de forma impersonal (p. ej., “sucede esto”) en lugar de emplear la segunda persona gramatical (p. ej., “tú haces esto”). Más adelante se coloca una

tercera silla en la sala de terapia para representar al “problema” como una entidad separada de la pareja. Dicho enfoque permite una discusión neutral sin descarga emocional desadaptativa.

Meta 3: Disminuir las ideas disfuncionales

Disminuir las ideas disfuncionales también mejora la satisfacción en la relación. Baucom y colaboradores (Baucom, Epstein, Sayers, Sher, 1989) identifican cinco aspectos de las ideas disfuncionales que contribuyen a la angustia de pareja. En primer lugar, las *percepciones* distorsionadas generan una atención selectiva a los comportamientos negativos del compañero en demérito de la observación de los comportamientos positivos. Más aún, las parejas a menudo ven los comportamientos negativos como *lineales* (p. ej., el marido hace algo mal y la esposa debe reaccionar) y no como *circulares* (p. ej., tanto el comportamiento del marido como el de la esposa influyen en la perpetuación de los comportamientos desadaptativos del otro). Un segundo componente son las *atribuciones* de la gente. En las parejas con angustia, los problemas suelen atribuirse a los rasgos negativos estables del compañero, lo que provoca que decline la satisfacción en la relación (Bradbury, Fincham, 1990). Las *expectativas* de sucesos futuros, respecto tanto de los comportamientos negativos de los compañeros como de la eficiencia propia de afrontamiento, así como las expectativas poco realistas acerca de la dicha marital en general (p. ej., el matrimonio significa estar siempre “enamorado”) representa una tercera disfunción cognitiva posible. En cuarto lugar, la discordia puede ser consecuencia de *suposiciones* disfuncionales, que quizá se refieran al compañero (p. ej., “ella nunca va a cambiar”) o a la relación (p. ej., “si él me quisiera, se portaría distinto”). Por último, los *estándares* poco realistas acerca de las relaciones (p. ej., los cónyuges deben sentir los problemas y “saber” resolverlos si de verdad aman a sus compañeros) generan angustia en la pareja.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Dysfunctional Thought Record* (Beck, 1995; *Registro de Pensamientos Disfuncionales*). Identifica situaciones que desencadenan pensamientos automáticos, pensamientos automáticos reales, emociones, contrapensamientos adaptativos, así como consecuencias emocionales y cognitivas.
- *Inventory of Specific Relationship Standards* (Baucom, Epstein, Rankin, Burnett, 1996; *Inventario de Estándares Específicos de la Relación*). Evalúa los estándares acerca de las relaciones maritales.

- *Marital Attitude Survey* (Pretzer, Epstein, Fleming, 1991; *Encuesta de Actitud Marital*). Estima las actitudes maritales, incluso las atribuciones acerca de comportamientos y expectativas de cambio en la relación.
- *Relationship Attribution Measure* (Fincham, Bradbury, 1992; *Medición de Atribución de la Relación*). Mide las atribuciones del comportamiento del compañero.
- *Relationship Attribution Questionnaire* (Baucom et al., 1996; *Cuestionario de Atribución de la Relación*). Valora los estándares de la relación y las atribuciones de los problemas.
- *Relationship Belief Inventory* (Eidelson, Epstein, 1982; *Inventario de Creencias en la Relación*). Evalúa las ideas poco realistas acerca de las relaciones.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Ensayos conductuales.
- Recomposición.

Reestructuración cognitiva. La meta de la reestructuración cognitiva es identificar las cogniciones desadaptativas y transformarlas en pensamientos más adaptativos. Las parejas aprenden a identificar los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas (p. ej., abstracción selectiva, generalización, pensamiento dicotómico) con un registro de pensamiento disfuncional. La técnica de la *flecha descendente* ayuda a que las parejas identifiquen las suposiciones desadaptativas (p. ej., “la gente que se preocupa por los demás no se enoja con ellos”) que impulsan las ideas disfuncionales (p. ej., “mi compañero no me ama porque se enoja conmigo”). En un intento por cambiar las cogniciones disfuncionales, se pide a las parejas que identifiquen ideas alternas. Después se les instruye para que identifiquen las ventajas y desventajas que sostienen las ideas antiguas y las recién identificadas.

Ensayos conductuales. A continuación de la elaboración de ideas alternas, se instruye a las parejas a que busquen pruebas que las confirmen o descarten. Las parejas emprenden ensayos disfuncionales para determinar la veracidad de sus cogniciones disfuncionales y también de las recién elaboradas. Por ejemplo, una mujer que en el pasado creyera que a su marido no le importaba su trabajo tan estresante, elabora la idea alterna de que él cambia de tema cuando ella se queja de su trabajo en un intento por hablar de algo más agradable; ella entonces puede preguntar a su marido por qué cambia el tema o expresar su deseo de hablar de su trabajo con el fin de aligerar su sentimiento de estrés. Se enseña a las parejas a sopesar la evidencia favorable y desfavorable de sus ideas antiguas y nuevas. Los ensayos conductuales sirven, asimismo, para poner a prueba las suposiciones y estándares desadaptativos.

En un intento por modificar la “visión de túnel” negativa, se instruye a las parejas a aplicar el *camino positivo*. De modo específico, se pide a las parejas que pongan mucha atención a los comportamientos positivos de su compañero. Tales comportamientos van desde expresar agradecimiento por realizar una actividad doméstica hasta recibir un regalo sorpresa.

Otro ensayo conductual se refiere al *role-play*. De modo específico, las parejas practican dicha actividad en la que analizan las fuentes de disputa, y durante la cual se les pide que verbalicen los pensamientos y sentimientos que surjan. Lo anterior permite a todas las partes (p. ej., el terapeuta y ambos miembros de la pareja) comprender mejor lo que experimenta cada individuo.

Recomposición. Recomponer las características de cada miembro de manera más positiva permite a la pareja alterar las cogniciones disfuncionales que sostiene cada uno. Así, por ejemplo, el terapeuta enseña a la pareja que las características que al principio se vieron como algo atractivo a menudo se perciben después como problemático. Por ejemplo, la espontaneidad/irresponsabilidad y la generosidad/despilfarro son pares de atributos que están en la misma línea, el primero de los cuales es más atractivo y el segundo tal vez sea considerado como menos agradable. Con la recomposición, las parejas asignan un nuevo concepto a lo que en ese momento perciben como rasgos negativos en cualidades más positivas.

Otra forma de recomposición implica presentar la noción de un “conjunto colaborativo” (Jacobson, Margolin, 1979) o la responsabilidad compartida de los individuos respecto de los problemas presentes y la capacidad de mejorar la relación. Ello permite reconceptualizar el problema, pero ahora como un esfuerzo de equipo, más que culpar al otro. Además, el terapeuta destaca los puntos fuertes de la pareja, incluso la participación en la terapia en un intento por mejorar su relación. El terapeuta después facilita una sensación de esperanza positiva, en vez de las expectativas negativas que antes albergaba la pareja.

Meta 4: Aumentar la aceptación

Es más probable que las parejas felices se acepten entre sí. La aceptación en este contexto se refiere a la capacidad de la pareja a ver las antes irreconciliables diferencias con una nueva luz de modo que se toleren y, tal vez, incluso se aprecien. Así, en lugar de tratar de cambiarse entre sí o de erradicar el conflicto, aumentar la aceptación implica entender mejor las diferencias mutuas y dedicarse a aquellas que fomentan la empatía y la solidaridad. La aceptación difiere de la resignación en que este último término denota la acción de rendirse con resentimiento al compañero, mientras que el primero implica “dejar ir” el conflicto o el deseo de

cambio del compañero. Si bien esto se relaciona con la recomposición respecto de cambiar la interpretación del comportamiento del compañero, la aceptación como proceso se refiere de manera específica a aceptar las diferencias.

Algunos problemas son “irresolubles”. Así, la aceptación es en particular aconsejable si los intentos de cambiar los comportamientos del compañero han sido infructuosos o causan una angustia significativa. A menudo, las demandas de cambio en realidad operan para impedir que éste ocurra. Por el contrario, la aceptación genera un cambio del comportamiento porque se libera la presión de tener que efectuarlo. Son útiles al respecto las sesiones conjuntas de resolución de problemas para llegar a una solución de este tipo.

La terapia de pareja conductual integrativa (Jacobson, Christensen, 1996) es un protocolo de intervención que pretende aumentar la aceptación en un intento por mejorar la calidad de la relación. Los componentes del tratamiento de esta técnica son la formulación de caso, el entrenamiento de aceptación y tolerancia, y el de estrategias conductuales para promover el cambio (p. ej., intercambio conductual, entrenamiento de habilidades de comunicación, entrenamiento de resolución de problemas).

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- *Frequency and Acceptability of Partner Behavior* (Christensen, Jacobson, 1997; *Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja*). Evalúa la frecuencia de los problemas, insatisfacción en la relación y la aceptación.
- *Need Fulfillment Inventory* (Prager, Buhrmester, 1998; *Inventario de Satisfacción de Necesidades*). Estima la importancia y satisfacción de necesidades y deseos.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Formulación de caso.
- Unión con empatía.
- Construcción de tolerancia.

Formulación de caso. Una parte integral de la asistencia a la pareja para que conciba de nuevo lo que percibe como diferencias irreconciliables es la formulación de caso de la relación, la cual supone tres elementos: “tema”, “proceso de polarización” y “trampa mutua”. Un *tema* describe la fuente del conflicto de la pareja (p. ej., “cercanía-distancia” para una pareja en la cual un miembro tiende a competir por más intimidad mientras el otro lucha por una mayor independencia). El *proceso de polarización* describe las relaciones que resultan de los intentos de hacer cambiar a un compañero. Con el tema “cercanía-distancia”, por

ejemplo, el individuo que busca mayor intimidad quizá manifieste algunos comportamientos para aumentar la cercanía, a lo cual el compañero reacciona con un distanciamiento aún mayor. Así, se desarrolla una *trampa mutua*, en la que la pareja se siente atrapada y sin esperanzas acerca de la capacidad de modificar la relación. Al seguir la evaluación, que implica comprender mejor el contenido y proceso de las interacciones problemáticas, la historia de la pareja (p. ej., cortejo, momentos significativos de su vida) y el grado de compromiso de cada miembro, el terapeuta les presenta cada componente de la formulación de caso. Dentro de esta formulación se encuentra la noción de un “conjunto colaborativo”. Esta técnica de formulación de caso ofrece un medio por el cual la pareja sea capaz de entender mejor por qué cada uno de ellos actúa de esa manera, lo que facilita la aceptación mutua de su comportamiento

Unión con empatía. La empatía es un componente importante de la aceptación. La unión con empatía es una estrategia que intenta disminuir la hostilidad y aumentar la unificación solidaria entre la pareja. Entre las técnicas específicas para la unión con empatía se hallan la reformulación de los problemas y reacciones a los problemas de la pareja como algo normal y lógico, así como procurar las “confesiones suaves”. Este último planteamiento implica describir el sufrimiento propio sin culpar a la otra persona. Por ejemplo, más que informar emociones de enojo o irritación, se procura que las parejas expresen sentimientos de tristeza o daño. Además, el terapeuta modela interpretaciones empáticas del comportamiento de cada miembro, lo que permite a los individuos aprender este estilo de aceptación y expandir su propia empatía.

Construcción de tolerancia. En un intento por aumentar más la aceptación, se enseña a las parejas a construir tolerancia para con el comportamiento de su compañero. La construcción de tolerancia se facilita con muchos métodos. Por ejemplo, el terapeuta quizá haga hincapié en los aspectos positivos del comportamiento del compañero mediante la recomposición. Más aún, puede destacar que los rasgos de la pareja, si bien distintos, en realidad se complementan para que “el conjunto sea mayor que la suma de las partes”. Como ilustración, para una pareja con ideas distintas acerca de las finanzas se comenta que, si ambos fuesen por igual frugales o desprendidos, surgirían otros problemas.

Otra técnica para incrementar la tolerancia es hacer que el compañero “finja” el comportamiento problemático en casa sin informar al principio al compañero. El terapeuta explica este ejercicio a ambos miembros para procurar su adherencia. Al poner en práctica el comportamiento sin un impulso emocional para hacerlo, los miembros evalúan las consecuencias de sus acciones sin una carga emocional. En ese momento se instruye a las parejas a que expresen sus pensamientos y sentimientos relacionados con la acción en un intento por entender mejor la motivación de diversos comportamientos y sus reacciones ante ellos.

El entrenamiento adicional de tolerancia implica la preparación para las recaídas inevitables en esos comportamientos, lo cual sirve tanto para normalizar dichas recaídas y evitar así la percepción de fracaso, como para permitir que la pareja elabore un plan para dichas situaciones.

Por último, debido a que el conflicto a menudo es resultado de necesidades insatisfechas por parte de un compañero, se instruye a las parejas en el concepto del *autocuidado*. Las parejas identifican los deseos que pueden satisfacer por sí mismos o por medio de otras personas (p. ej., familia, amigos). Esto reduce la dependencia excesiva y el subsiguiente estrés del compañero.

Metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

- *Disminuir el estrés.* Como ya se explicó, la probabilidad de conflictos en la relación aumenta durante las épocas estresantes (Karney, Bradbury, 1995). Los sucesos estresantes pueden ser el nacimiento de un hijo, el retiro laboral de un miembro de la pareja o situaciones de emergencia (p. ej., una enfermedad grave, pérdida del empleo). A fin de disminuir los estresores es factible aplicar la terapia de resolución de problemas, la búsqueda de apoyo social y el entrenamiento de relajación.
- *Disminuir la psicopatología individual.* Los individuos con psicopatologías están más propensos que el público general a experimentar divorcios y dificultades en su relación. Sin embargo, es poco clara la dirección de esta correspondencia. La decisión de emprender una terapia individual o de pareja en presencia de alguna psicopatología es ideográfica, y debe tomarse en cuenta la gravedad y grado de conciencia de la psicopatología, así como las capacidades de la pareja para trabajar juntos al respecto (Epstein, Baucom, 2002). Se recomienda que el terapeuta ponga en práctica las intervenciones de terapia cognitivo-conductual descritas en otros capítulos de este libro que correspondan a la psicopatología presente (p. ej., depresión).
- *Abordar la ambivalencia.* Es común que al menos un miembro de la pareja demuestre ambivalencia hacia la terapia, lo cual se manifiesta de modo verbal o no verbal (p. ej., al ignorar las tareas para la casa). Cuando esto sucede, la ambivalencia puede normalizarse y validarse. Debe elaborarse una conceptualización concisa de la motivación de la ambivalencia (p. ej., sentir que se le culpa por la angustia, no desear de verdad esforzarse por mejorar la relación). Las intervenciones como reestructuración cognitiva, recomposición y unión con empatía son útiles para abordar este problema. La ambivalencia quizá constituya una señal de que ese individuo en realidad desea dar por terminada la relación.

- *Mejorar la relación.* Los programas de educación en la relación se elaboraron con el propósito de aumentar la satisfacción de la pareja. Entre algunos ejemplos se hallan el *Prevention and Relationship Enhancement Program* (PREP; Renick, Blumberg, Markman, 1992; Stanley, Blumberg, Markman, 1999; *Programa de prevención y mejoramiento de la relación*) que abarca videos de entrenamiento para parejas (Stanley, Markman, Blumberg, 1994), y el programa *Compassionate and Accepting Relationships through Empathy* (CARE; Rogge, Cobb, Johnson, Lawrence, Bradbury, 2002; *Solidaridad y aceptación en la relación mediante empatía*). En general, el énfasis de estos protocolos se pone en enseñar habilidades para mejorar la comunicación, manejo de conflictos y empatía. Dichos programas han demostrado beneficios a largo plazo en las relaciones (p. ej., mejor comunicación positiva; Markman, Renick, Floyd, Stanley, 1993).

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Debido a que la violencia en la relación predice problemas maritales (Rogge, Bradbury, 1999), es vital evaluar este tema al trabajar con parejas angustiadas. Más o menos 70% de las parejas que se presenta con discordia marital reporta episodios de violencia durante el año anterior (Cascardi, Langhinrichsen, Vivian, 1992). Si la violencia está en curso, la terapia de pareja está contraindicada, y el terapeuta debe priorizar la seguridad y salud de la víctima. Entre los instrumentos para una evaluación específica de la violencia de la relación se hallan la *Conflict Tactics Scale* (*Escala de Tácticas de Conflicto*) y el *Marital Satisfaction Inventory-Revised* (*Inventario de Satisfacción Marital-Revisado*), mencionados en la sección de “Evaluación del trastorno”, al inicio de este capítulo.

Al trabajar con parejas, es posible que surja el problema de entrevistarse con cada miembro por separado. El protocolo de la terapia de pareja conductual integrativa, por ejemplo, estipula que el terapeuta se reúna con cada cónyuge por separado en un intento por obtener una evaluación más completa (p. ej., abuso conyugal). Sin embargo, hay quienes no hacen esto porque existe la posibilidad de que la información que se les presente decida en gran medida el curso de la terapia (p. ej., un deseo de divorcio que no se ha compartido con el cónyuge). Al margen de si se realizan tales sesiones individuales o no, es básico establecer reglas desde el principio del tratamiento para las interacciones individuales con el terapeuta (p. ej. “toda la información que compartan conmigo puede ser compartida con su pareja, a menos que indiquen otra cosa, en cuyo caso veremos cómo proceder”).

Las relaciones extramaritales plantean un predicamento adicional. Debido a que la terapia requiere la participación activa de ambos compañeros, por lo

general se recomienda que no se efectúe la terapia de pareja si hay una aventura vigente.

Las mayoría de las veces la terapia se lleva a cabo con ambos integrantes de la pareja; sin embargo, se ha demostrado que cuando uno de ellos no consigue asistir al tratamiento a pesar de que así lo desee (p. ej., compromisos de trabajo que impidan presentarse a las sesiones), la terapia de pareja a la que acuda un solo miembro puede dar buenos resultados para la relación (Bennun, 1985).

Es importante considerar los factores culturales al trabajar con parejas, incluso las expectativas y normas, mismas que pueden diferir entre diversos antecedentes culturales (p. ej., en relación con el grupo étnico, raza, posición socio-económica). Por ejemplo, respecto de las normas, las parejas alemanas que *no* reportan problemas en la relación manifiestan un grado de comportamiento negativo verbal y no verbal similar al de las parejas australianas que *sí* se presentan con quejas de su relación (Halford, Hahlweg, Dunne, 2001).

Mientras que el análisis anterior se aplica a relaciones tanto heterosexuales como homosexuales, es sensato hacer un comentario sobre las parejas gays, lesbianas y bisexuales. De manera específica, es posible que estén implicados problemas que implican homofobia, falta de modelos de rol "aceptables", recursos deficientes en la relación, preguntas acerca de declarar de manera abierta su preferencia sexual y la falta de apoyo social de familia y amigos, todo lo cual conlleva tensión adicional para la relación. Más aún, es importante conocer las normas en estos grupos de población con el fin de comprender mejor lo que tal vez esté experimentando la pareja, así como para evitar realizar un diagnóstico exagerado de síntomas y comportamientos.

REFERENCIAS

- Arellano, C. M., Markman, H. J. (1995). The Managing Affect and Differences Scale (MADS): A self-report measure assessing conflict management in couples. *Journal of Family Psychology*, 9, 319-334.
- Baucom, D. H., Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Daiuto, A. D., Carels, R. A., Rankin, L. A., Burnett, C. K. (1996). Cognitions in marriage: The relationship between standards and attributions. *Journal of Family Psychology*, 10, 209-222.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Rankin, L. A., Burnett, C. K. (1996). Assessing relationship standards: The Inventory of Specific Relationship Standards. *Journal of Family Psychology*, 10, 72-88.
- Baucom, D. H., Epstein, N., Sayers, S. L., Sher, T. G. (1989). The role of cognitions in marital relationships: Definitional, methodological, and conceptual issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 31-38.

- Bennun, I. (1985). Behavioral marital therapy: An outcome evaluation of conjoint, group and one spouse treatment. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 14, 157-168.
- Bradbury, T. N., Cohan, C. L., Karney, B. R. (1998). Optimizing longitudinal research for understanding and preventing marital dysfunction. In: T. Bradbury (Ed.). *The developmental course of marital dysfunction* (pp. 279-311). New York: Cambridge University Press.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D. (1990). Attributions in marriage: Review and critique. *Psychological Bulletin*, 107, 3-33.
- Cascardi, M., Langhinrichsen, J, Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury, and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine*, 152, 1178-1184.
- Christensen, A., Jacobson, N. (1997). *Frequency and acceptability of partner behaviors scale*. University of California at Los Angeles.
- Christensen, A., Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford Press.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Eidelson, R. J., Epstein, N. (1982). Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 715-720.
- Epstein, N. B., Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fincham, F. D., Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 457-468.
- Gottman, J. M., Coan, J., Carrere, S., Swanson, C. (1998). Predicting marital happiness and stability from newlywed interactions. *Journal of Marriage and the Family*, 60, 5-22.
- Hahlweg, K., Markman, H. J. (1988). Effectiveness of behavioral marital therapy: Empirical status of behavioral techniques in preventing and alleviating marital distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 440-447.
- Halford, W. K., Hahlweg, K., Dunne, M. (2001). The cross-cultural consistency of marital communication associated with marital distress. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 487-500.
- Halford, W. K., Sanders, M. R., Behrens B. C. (1994). Self-regulation in behavioral couples’ therapy. *Behavior Therapy*, 25, 431-452.
- Jacobson, N., Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavioral exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.

- Jacobson, N. S., Christensen, A. (1996). *Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change*. New York: Norton.
- Johnson, S. M. (1996). *The practice of emotionally focused marital therapy: Creating connection*. New York: Brunner/Mazel.
- Karney, B. R., Bradbury, T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin*, 118, 3-34.
- Karney, B. R., Bradbury, T. N. (1997). Neuroticism, marital interaction, and the trajectory of marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72, 1075-1092.
- Kreider, R. M., Fields, J. M. (2002). *Number, timing, and duration of marriages and divorces: 1996*. Washington, D.C.: U.S. Census Bureau.
- Markman, H. J., Renick, M. J., Floyd, F. J., Stanley, S. M. (1993). Preventing marital distress through communication and conflict management training: A 4- and 5- year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 70-77.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Prager, K. J., Buhrmester, D. (1998). Intimacy and need fulfillment in couple relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 435-469.
- Pretzer, J., Epstein, N., Fleming, B. (1991). Marital Attitude Survey: A measure of dysfunctional attributions and expectancies. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 5, 131-148.
- Renick, M. J., Blumberg, S. L., Markman, H. J. (1992). The Prevention and Relationship Enhancement Program (PREP): An empirically based preventive intervention program for couples. *Family Relations: Journal of Applied Family and Child Studies*, 41, 141-147.
- Robin, A. L., Foster, S. L. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral-family systems approach*. New York: Guilford Press.
- Rogge, R. D., Bradbury, T. N. (1999). Till violence does us part: The differing roles of communication and aggression in predicting adverse marital outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 340-351.
- Rogge, R. D., Cobb, R. M., Johnson, M., Lawrence, E., Bradbury, T. N. (2002). The CARE program: A preventive approach to marital intervention. In: A. S. Gurman, N. Jacobson (Eds.). *Clinical handbook of couple therapy* (3rd. ed.) (pp. 420-435). New York: Guilford Press.
- Snyder, D. K. (1997). *Marital satisfaction inventory-revised*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.

- Stanley, S. M., Blumberg, S. L., Markman, H. J. (1999). PREP: Helping couples fight for their marriage. In: R. Berger (Ed.). *Preventive approaches in couple's therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Stanley, S. M., Markman, H. J., Blumberg, S. L. (1994). *Fighting for your marriage: Videotape series for couples*. Denver, Colorado: PREP: Educational Videos, Inc.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Sullaway, M., Christensen, A. (1983). Assessment of dysfunctional interaction patterns in couples. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 653-660.
- Weiss, R. L., Cerreto, M. C. (1980). The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential. *American Journal of Family Therapy*, 8, 80-85.
- Weiss, R. L., Halford, W. K. (1996). Managing marital therapy: Helping partners change. In: V. B. van Hasselt, M. Hersen (Eds.). *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders* (pp. 489-537). New York: Plenum.
- Weiss, R. L., Hops, H., Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. In: L. A. Hamerlynck, L. C. M. E. J. Handy (Eds.) *Behavioral change: Methodology, concepts, and practice*. Champaign, Illinois: Research Press.
- Wheeler, J. G., Christensen, A., Jacobson, N. S. (2001). Couple distress. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (3rd. ed.) (pp. 609-630). New York: Guilford Press.

DESCRIPCIÓN GENERAL Y ASPECTOS DEL DIAGNÓSTICO

Si bien los problemas de ira y de comportamiento agresivo se encuentran con frecuencia en los ámbitos clínicos, no hay categorías formales de diagnóstico que capten de manera adecuada los problemas relacionados con la ira. El concepto de ira no recibe tanta atención como otros trastornos del estado de ánimo en la bibliografía de diagnóstico y tratamiento (Deffenbacher, Stark, 1992), a pesar de que la ira y la hostilidad suelen ser características básicas de los problemas por los cuales se acude a una clínica, como comportamiento agresivo verbal y físico, violencia doméstica, disfunción familiar y marital, abuso infantil, conducta criminal y diversos padecimientos relacionados con la salud, como enfermedades coronarias. DiGiuseppe y colaboradores definen la ira como “un estado interno, mental y subjetivo con cogniciones y patrones de activación fisiológica asociados” (DiGiuseppe, Eckhardt, Tafrate, Robin, 1994, p. 241). Estos y otros autores destacan la importancia de ampliar el concepto de ira más allá de un solo foco de atención a los actos conductuales agresivos, pues dicha postura tiende a subestimar la presencia de problemas de ira que pudiesen necesitar intervención terapéutica.

Una categoría de diagnóstico que centra su atención en los síntomas relacionados con la ira y que se encuentra en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) es el *trastorno explosivo intermitente*. Es un trastorno del Eje I caracterizado por episodios separados de incapacidad para resistir los impulsos agresivos que se convierten en ataques graves o actos de daño a propiedad ajena.

Sin embargo, la ira problemática que experimentan muchos individuos que quizá requieran tratamiento tal vez no cumpla con los criterios de diagnóstico para este trastorno. Por ejemplo, aunque la ira afecte de forma negativa el bienestar físico y psicológico de una persona, los actos agresivos o el comportamiento violento en sí tal vez no se presenten junto con un episodio de ira. La ira puede expresarse de otras formas, como expresiones de ira verbal, comentarios críticos, “miradas que matan”, distanciamientos con molestia o sabotaje pasivo-agresivo. Así, muchos autores critican este diagnóstico por considerarlo deficiente para definir la ira y por no capturar la dimensión completa de dicho trastorno.

Aspectos de comorbilidad

Pocos diagnósticos del DSM-IV mencionan siquiera la ira, y mucho menos indican que ésta sea el centro de la disfunción de un individuo con dichos trastornos (Eckhardt, 1999). Muchos tratantes tienden a atribuir los problemas de ira desde un punto de vista diagnóstico a otros trastornos, como los de personalidad (p. ej., *límite*, *narcisista* y *antisocial* en adultos, y *oposicionista-desafiante* y *disocial* en niños), así como a otros trastornos del Eje I. Además, el DSM-IV-TR describe “arranques súbitos” de ira ocasionales durante el transcurso de otros trastornos, como el *trastorno depresivo* y *trastorno de angustia*; sin embargo, hay poca información que aborde el elevado índice de problemas de ira en los grupos de diagnóstico del Eje I. Fava y Rosenbaum (1999), por ejemplo, reportan que la presencia de ataques de ira en pacientes deprimidos va de 30 a 40%. Más aún, Mammen, Shear, Pilkonis, Kolko y Green (1999) descubrieron que 60% de una muestra de pacientes psiquiátricas ambulatorias reportó haber experimentado episodios de ira. Otros estudios revelan que los episodios de ira en pacientes con trastornos afectivos del Eje I provocan graves perjuicios, como pérdida del empleo, problemas legales y pérdida de amistades (Gould *et al.*, 1996).

Entre otros diagnósticos en los cuales son comunes la irritabilidad, episodios de ira y explosiones agresivas se hallan la *intoxicación/abstinencia de sustancias* y el *trastorno por estrés postraumático* en veteranos de guerra (McFall, Wright, Donovan, Raskind, 1999), así como algunas *demencias*.

DiGiuseppe y colaboradores (1994) son un ejemplo sólido de la identificación de la ira como problema diagnóstico central y sugieren que está presente un trastorno de ira cuando el paciente experimenta sentimientos de ira excesivos e intensos por un periodo mayor a seis meses durante el cual la experiencia de la ira se asocia con sucesos cotidianos estresantes, líos menores, metas frustradas, incomodidad física, así como insultos, rechazo o críticas percibidos. Además, sugieren que es importante considerar si la ira expresada es consistente con normas culturales pertinentes y que no ocurra en el curso de una psicosis, una

confusión inducida de forma orgánica o alguna intoxicación. Por último, como parte del panorama diagnóstico general, estos autores sugieren que es importante evaluar si dichos episodios de ira afectan de manera adversa el funcionamiento general de la persona, y si causa perjuicio en las áreas laboral, académica e interpersonal.

Debido a la naturaleza interpersonal de la sociedad, el daño social significativo está presente en personas con problemas de ira. Las relaciones sociales se tensan, y aumenta el riesgo de lesiones para el paciente y quienes le rodean. A menudo el funcionamiento académico y laboral se ve afectado de manera negativa, y se eleva el riesgo de problemas de salud física (Edmondson, Conger, 1996)

La ira en ocasiones tiene una función determinante en la violencia doméstica (DiGiuseppe *et al.*, 1994), en la cual la creciente incidencia de este comportamiento se concibe como un grave problema de salud pública. Respecto de la salud física y la salud, la relación entre ira y enfermedad médica es muy sugerente de que la ira y la hostilidad están asociadas con hipertensión, enfermedades coronarias y arritmias ventriculares (Dembroski, MacDougall, Williams, Haney, Blumenthal, 1985; Jain *et al.*, 1998).

En resumen, casi siempre existen trastornos comórbidos junto con problemas de ira. Debido a que no hay una categoría de diagnóstico formal para esta última, por lo general se le considera parte de la sintomatología propia de los trastornos de la personalidad, demencia, depresión, trastornos de ansiedad, comportamiento agresivo interpersonal, violencia doméstica y actos criminales.

EVALUACIÓN DEL TRASTORNO

Con respecto a la evaluación, es útil contar con una definición clara de los conceptos de interés pertinentes. DiGiuseppe y colaboradores (1994) ofrecen las siguientes definiciones de los mismos (p. 241):

- *Ira*: sentimiento interno, mental y subjetivo con cogniciones asociadas y patrones de activación fisiológica.
- *Agresión*: comportamiento manifiesto con el fin de hacer daño o lesionar a una persona u objeto.
- *Hostilidad*: patrón presente en múltiples situación o rasgo de enojo en combinación con agresión verbal física (sin estímulo presente).

Parece haber consenso en la bibliografía cognitivo-conductual respecto de estas definiciones en el que la ira representa un estado de ánimo subjetivo, mientras que la agresión verbal y la física suponen actos con un alto grado de

covariación con este estado de ánimo, y la hostilidad representa una tendencia crónica o vulnerabilidad a experimentar ira.

Los protocolos de evaluación diseñados para ayudar al terapeuta a identificar y evaluar problemas de ira, hostilidad y agresión, así como a medir la gravedad de los síntomas pertinentes abarcan evaluaciones clínicas, observación conductual y medidas autoaplicables.

Evaluaciones clínicas

- *Interpersonal Hostility Interview* (Haney *et al.*, 1996; *Entrevista de Hostilidad Interpersonal*). Entrevista estructurada, originalmente diseñada para evaluar un comportamiento Tipo A; esta entrevista es ya un método estándar para la evaluación de la hostilidad.

Evaluación conductual

- *Behavioral Role-Play Response to Anger Vignettes* (Teschler, Conger, Edmondson, Conger, 1999; *Role-Play de Respuesta Conductual a Viñetas de Ira*). Métodos de *role-play* en los que se pide al participante que responda a situaciones audiograbadas que provocan ira. Otras situaciones de *role-play* quizá requieran que el participante manifieste acciones de respuesta a una situación provocadora.

Instrumentos autoaplicables

- *Anger Situation Questionnaire* (van Goozen, Frijda, Kindt, van de Poll, 1994; *Cuestionario de Situación de Ira*). Se elaboró para medir la proclividad a la ira en mujeres (emoción experimentada, intensidad y facilidad para la acción).
- *Anger Symptom Scale* (Deffenbacher, Demm, Brandon, 1986; *Escala de Síntomas de Ira*). Medida autoaplicable de diversos síntomas de ira.
- *Brief Anger-Aggression Questionnaire* (Maiuro, Vitaliano, Cahn, 1987; *Breve Cuestionario de Agresión e Ira*). Medida breve, de seis puntos, elaborada para un rápido examen e identificación de los grados de ira y agresión en hombres proclives a la violencia.
- *Buss-Durke Hostility Inventory* (Buss, Durke, 1957; *Inventario de Hostilidad de Buss-Durke*). Inventario diseñado para medir rasgos relacionados con ira, hostilidad y agresión.

- *Cook-Medley Hostility Scale* (Cook, Medley, 1954; *Escala de hostilidad de Cook-Medley*). Originalmente se adaptó del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI) y es una medida autoaplicable de hostilidad consistente en 50 puntos.
- *Novaco Anger Scale* (Novaco, 1975; 1994; *Escala de Ira de Novaco*). Evalúa los determinantes situacionales y contextuales de la ira. Una parte de esta escala se centra en las vulnerabilidades psicológicas para la ira y la agresión, y una segunda parte procura que el individuo describa experiencias de ira relacionadas con situaciones particulares.
- *Self-Expression and Control Scale* (Van Elderen, Maes, Komproe, van der Kamp, 1997; *Escala de Control y Autoexpresión*). Inventario autoaplicable de 40 puntos que abarca subescalas para evaluar ira internalizada, expresada y controlada.
- *State-Trait Anger Expression Inventory* (Spielberger, 1996, 1999; *Inventario de Estado-Rasgo de Expresión de la Ira*). Evalúa tanto los rasgos de ira (tendencia temperamental) como el estado de ira (sentimientos de ira que experimenta un individuo en un momento dado, acompañados de reacciones físicas). Las subescalas adicionales ofrecen un perfil de la experiencia, expresión y control de la ira.

METAS GENERALES DE LA TERAPIA

Metas de resultados finales

Al trabajar con pacientes que tienen problemas de ira, las metas de resultados finales son disminuir la frecuencia e intensidad de los episodios de ira e incrementar otras habilidades interpersonales de afrontamiento (no agresivas). Además, es importante abordar la utilidad y funcionalidad de la ira que pudiera ocurrir en esta población. De manera específica, la ira es capaz de generar comportamientos desadaptativos (p. ej., agresión, incidentes destructivos) lo que, a su vez, es causa de consecuencias dañinas para otras personas e incrementa el aislamiento social o las posibles sanciones sociales de la persona que manifiesta su ira.

Además de lo anterior y en función del individuo en particular, es importante esbozar otras metas finales. Debido a la significativa comorbilidad de la ira con otros grupos de diagnóstico, otra meta final quizá sea reducir los problemas relacionados con otros trastornos o síntomas psicológicos. Así, por ejemplo, los individuos que “ahogan” sus impulsos de ira en alcohol u otras drogas, se beneficiarían de intervenciones que aborden el abuso de sustancias. En vista de que los síntomas de la ira a menudo se centran en aspectos interpersonales, es frecuente que las relaciones del individuo sufran tensión. De modo

que mejorar las relaciones significativas (p. ej., matrimonio o familia) puede ser una meta final. La vulnerabilidad a la ira a menudo forma parte de una sintomatología consistente con los criterios diagnósticos de un trastorno de personalidad, como el *trastorno límite de personalidad*. Si se registran estos patrones y problemas de interacción característicos, véase el capítulo 12.

Por último, las consecuencias de los episodios de ira provocan sentimientos de culpa y autorreproche. Así, los episodios de ira a menudo se asocian con otros trastornos del estado de ánimo, como la depresión. El capítulo 5, sobre depresión, quizá resulte en particular útil cuando entre las metas finales para un individuo se halle la reducción de síntomas depresivos significativos.

Es importante observar que suprimir o erradicar por completo la ira no debe ser una meta final. Los individuos que tienden a suprimir su ira y carecen de las habilidades para manejarla y afrontarla con eficacia son más propensos a manifestar distanciamiento, a exhibir —de manera paradójica— mayor activación fisiológica y a experimentar un mayor riesgo de enfermedades físicas, como padecimientos cardiovasculares (Mayne, Ambrose, 1999). Reducir las consecuencias destructivas de la ira y aprender a manejarla de mejor manera son metas generales más saludables.

Principales metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento

Entre las principales metas de este tipo para reducir la ira se hallan:

- Disminuir la activación fisiológica elevada.
- Reducir las distorsiones cognitivas.
- Mejorar las habilidades interpersonales.

Meta 1: Disminuir la activación fisiológica elevada

La activación fisiológica es un sello distintivo del comportamiento agresivo asociado con los estados de ánimo “iracundo” (angry mood states) (Deffenbacher, 1999). La experiencia individual de la ira conlleva procesos fisiológicos neurológicos y endocrinos, entre otros (p. ej., aumento del ritmo cardíaco, enrojecimiento del rostro, tensión muscular) como respuesta a detonantes de ira situacionales. La investigación referente a los mecanismos neurofisiológicos que participan en la activación de la ira indica que es posible activarla sin que los individuos sepan que ésta los invade (Mayne, Ambrose, 1999). Las intervenciones diseñadas para abordar este estado y el entrenamiento para que el paciente aminore la acti-

vación emocional al tiempo que aumenta una sensación general de calma y control fisiológicos cuando enfrenta detonantes de ira, son eficaces para alcanzar esta meta instrumental.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- Clasificación subjetiva de la ira: grado autoinformado del paciente de activación de la ira, por lo general en una escala de 0 (sin ira en absoluto) a 100 (la mayor ira que han sentido jamás).
- Medidas fisiológicas: La presión arterial diastólica, la electromiografía, la presión arterial, la respuesta galvánica epitelial y la variabilidad del ritmo cardiaco han demostrado ser manifestaciones somatoviscerales de la ira (Edmondson, Conger, 1996; Jain *et al.*, 1998).

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de relajación.
- Exposición.
- Meditación de ampliación de conciencia.

Entrenamiento de relajación. Es un enfoque que abarca un amplio espectro de estrategias de manejo del estrés encaminado a reducir de manera específica los síntomas de activación fisiológica elevada del paciente. También pretende sustituir con una nueva respuesta condicionada (relajación) la respuesta condicionada anterior a situaciones detonantes (ira, activación autonómica). Las hormonas (p. ej., adrenalina y noradrenalina) que se liberan en los estados de activación influyen de manera directa en la cognición y el comportamiento. Por ende, la relajación a menudo resulta especialmente eficaz debido a sus efectos indirectos en otros resultados instrumentales, así como a sus efectos directos en la activación física. Entre las estrategias de reducción de la activación se encuentran la relajación muscular progresiva, el entrenamiento autogénico y la visualización. Los meta-análisis indican que los tratamientos de terapia cognitivo-conductual con un componente de relajación son en particular eficaces para mejorar el manejo de la ira en una amplia variedad de poblaciones (Beck, Fernandez, 1999).

Terapia de exposición. A menudo se incluye la terapia de exposición en tratamientos de terapia cognitivo-conductual para otros trastornos del estado de ánimo (p. ej., trastornos de ansiedad) y se dirige a extinguir una respuesta condicionada del ánimo a estímulos relevantes. Los paquetes de tratamiento con un componente de exposición para otros trastornos, como el de ansiedad y el de angustia han demostrado su alta eficacia (Barlow, Craske, Cerny, Kolosko, 1989). Con base en una concepción de la ira como un trastorno del estado de ánimo

que involucra un componente significativo de activación fisiológica, se recomiendan los procedimientos de exposición como técnicas potenciales importantes para reducir la activación elevada y el comportamiento agresivo (DiGiuseppe, Tafrate, Eckhardt, 1994). DiGiuseppe y colaboradores recomiendan técnicas de exposición para personas con problemas de ira con base en las siguientes razones: *a)* similitud entre los fenómenos fisiológicos de la ira y otros estados anímicos como la ansiedad; y *b)* el favorable efecto de los tratamientos para la ira que incluyeron un componente de exposición (véase también Tafrate, 1995). Desde una perspectiva de la teoría del aprendizaje, las respuestas agresivas se mantienen y refuerzan de manera negativa, en parte por la reducción de la elevada activación (p. ej., atacar verbalmente al jefe cuando se reciben críticas). Las técnicas de exposición son eficaces porque activan desviaciones automáticas durante un periodo lo bastante extenso como para producir un efecto de habituación y reducir el vínculo automático entre un estímulo determinado y la percepción de amenaza (Eckhardt, 1999). En otras palabras, el paciente aprende a “no reaccionar” ante ciertas situaciones cotidianas al desaprender la asociación entre situaciones detonantes de ira y reacciones conductuales agresivas.

Meditación de ampliación de conciencia. Las técnicas de meditación orientales que se basan en la filosofía budista se integran cada vez más a los paquetes de tratamientos de terapia cognitivo-conductual (Leifer, 1999; Nezu, Nezu, 2003). Las técnicas de meditación de ampliación de conciencia fomentan que el paciente comprenda e identifique la presencia de sus respuestas internas de ira, además de que perciba sus resultados destructivos. Mediante estas técnicas, los pacientes afinan la capacidad de autosupervisión de sus propios detonantes de activación, pues mantienen la atención en el momento presente. Algunos estudios recientes apoyan la utilidad potencial de la meditación de ampliación de conciencia como una técnica que sirve para reducir la activación elevada y las respuestas conductuales automáticas que se observan en los episodios de ira (DiGiuseppe, 1999).

Meta 2: Reducir las distorsiones cognitivas

En las experiencias de ira operan las cogniciones y distorsiones disfuncionales que implican culpar a los demás, así como sentimientos de injusticia y suspicacia. Por ejemplo, “arruinó mi presentación con sus estúpidas preguntas; tal vez quiera que me despidan” es una idea representativa de un individuo propenso a episodios de ira cuando enfrenta un desempeño laboral deficiente. Cuando esta tendencia cognitiva representa una manera generalizada de pensar, incluso las situaciones benignas llegan a interpretarse dentro del contexto de un esquema hostil (p. ej., “¿por qué me preguntas eso?”, “¿por qué siempre te metes conmigo?”). Si bien existen pocos estudios empíricos que apoyen tal asociación en adultos, la investigación con adolescentes documenta de modo sólido

la relación entre interpretaciones hostiles y comportamiento agresivo (Dodge, Price, Bacoworowski, Newman, 1990). Dichas ideas aumentan la ira y la activación, así como la urgencia de atacar de forma verbal o física a quien se percibe que amenaza el bienestar propio, lo cual perpetua un círculo vicioso. Algunos investigadores plantean que estas ideas disfuncionales son el centro de los problemas de ira (Dryden, 1990). Además, las ideas acerca de la experiencia de la ira en sí (p. ej., “tengo razón en enojarme” y “es bueno que deje salir mi enojo”) quizá operen como obstáculos motivacionales para el tratamiento (DiGiuseppe, Tafate, Eckhart, 1994). Cuando existen dichas ideas, centrarse en cambiar las cogniciones sirve para aumentar la motivación, así como para reducir la ira.

Deffenbacher y colaboradores (p. ej., Deffenbacher, Dahlen, Lynch, Morris, Gowensmith, 2000), así como Novaco (p. ej., Robins, Novaco, 1999), sugieren que los estándares extremos para juzgar a los demás, la suspicacia referente al intento de insultar o dañar por parte de otras personas, las ideas rígidas y puritanas acerca de la manera como los demás “deben” actuar, la generalización y la personalización, todos son factores bien definidos que operan para mantener la ira o los episodios agresivos dentro del contexto de un enfoque sistémico general para comprender el concepto de ira.

Otra teoría que parte de una concepción cognitiva propone que la ira y la agresión surgen como forma de resolver la discrepancia entre el alto autoconcepto o autoestima cuando se enfrenta la realidad de que dicha elevada autoestima no está garantizada o no la perciben así los demás (Bushman, Baumeister, 1998). Al contrario del mito popular de que la gente con ira tiene una baja autoestima, este marco sugiere que las personas con una alta autoestima —que son, asimismo, muy narcisistas— corren un riesgo significativo de padecer trastornos relacionados con la ira.

Por último, las cogniciones desadaptativas parecen guardar relación con los problemas para establecer una alianza terapéutica en personas con problemas de ira.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- Autosupervisión de episodios de ira: autoobservación e informe de detonantes situacionales de ira, así como de pensamientos, imágenes y comportamiento relacionados con la ira.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.
- Habilidades para perdonar.
- Humor.

Reestructuración cognitiva. Como conceptos, las variables cognitivas relacionadas con la ira se clasifican en varias categorías: *anticipación hostil de sucesos* (p. ej., “aquí viene Bob a fanfarronear y hacerme ver como fracasado”), *interpretación distorsionada de sucesos* (p. ej., “ella dijo que sentía no poder ayudarme, pero en realidad no le importaba”) y *esquemas disfuncionales para con los demás* (“todos quieren atacarme”). Las estrategias de intervención para modificar los factores cognitivos se basan en principios de reestructuración cognitiva. Desde el punto de vista conceptual, la reestructuración cognitiva se considera un término amplio que abarca varias estrategias específicas de terapia: la emotivo-racional (p. ej., Ellis, 1994), técnicas de afrontamiento cognitivo a partir de la terapia de inoculación de estrés (Novaco, 1975; Meichenbaum, 1975) y terapia cognitiva (Beck, Emery, 1985). Si bien existen diferencias entre estos enfoques, todos implican ayudar a que los pacientes identifiquen mejor sus pensamientos desadaptativos y después los modifiquen. Al tratar disfunciones cognitivas en personas con problemas de ira, se pide a los individuos que reconozcan sus patrones negativos automáticos en reacción a detonantes situacionales. A continuación se enseña a los pacientes a evaluar qué tan ciertos son tales pensamientos o a identificar el empleo de diversos errores cognitivos (p. ej., culpar a los demás, pensar de manera catastrófica, generalizar, personalizar) y después sustituir estas cogniciones desadaptativas con otras más adaptativas.

En la terapia cognitiva de Beck se entrena a los pacientes para que evalúen y cambien su pensamiento a un estilo más inductivo y socrático que el enfoque más didáctico empleado en la mayoría de los estudios de terapia cognitivo-conductual para el tratamiento de la ira. Todos los tipos de estrategias de reestructuración cognitiva valorados parecen ser eficaces en combinación con estrategias de relajación para reducir los rasgos semejantes a la ira (Deffenbacher, Dahlen, Lynch, Morris, Gowensmith, 2000).

Terapia de resolución de problemas. La terapia de resolución de problemas (TRP; p. ej., D’Zurilla, Nezu, 1999; Nezu, en prensa) pretende impulsar la capacidad de afrontamiento general al enfrentar situaciones estresantes. Una parte de este planteamiento implica cambiar los factores cognitivos que afectan de manera negativa la *orientación del problema* del individuo o la visión general de los problemas y la autoevaluación de las capacidades propias para resolver problemas (p. ej., ideas acerca de su causa, atribuciones sobre el responsable del mismo e ideas de autoeficiencia). La TRP se identifica como un componente importante de un programa de terapia cognitivo-conductual para reducir la agresión en niños (Lochman, 1992), y las deficiencias para resolver problemas se proponen como mediadores cognitivos importantes en la ira y agresión en adultos (Basquil, Nezu, Nezu, Klein, en prensa; DiGiuseppe, Tafrate, Eckhardt, 1994).

Habilidades para perdonar. Varios autores sugieren que la incorporación de intervenciones para perdonar quizá contribuya a modificar el componente cog-

nitivo de la ira. El perdón parece básico para la reducción de la ira porque los pensamientos de ira de los pacientes a menudo se centran en las ofensas que los demás les infligieron (DiGiuseppe, 1999). La bibliografía de psicoterapia respecto del entrenamiento para perdonar sugiere que la gente experimenta dificultades para perdonar debido a su creencia en mitos comunes (p. ej., “perdonar es lo mismo que excusar u olvidar que el insulto existió”). Varios estudios apoyan la importancia potencial de incorporar entrenamiento específico para perdonar en relación con la reducción de la ira (Enright, Fitzgibbons, 2002).

Humor. Deffenbacher (1999) recomienda técnicas que incluyan humor como forma de reducir las cogniciones de ira. Un ejemplo que ofrece este autor es crear un personaje o dibujo cómico a partir de una etiqueta hostil o de un pensamiento verbalmente agresivo que genere una imagen cómica en la cual pensar cuando el paciente manifieste la conducta propia de tal etiqueta. Debido a que las respuestas tanto del humor como de la ira implican activación, parece posible que estas imágenes ayuden a los pacientes a darle un marco diferente a su propia activación.

Meta 3: Mejorar las habilidades interpersonales

La gente manifiesta patrones de ira debido a la función que ésta cumple, misma que a menudo implica formas de reducir la activación, aumentar las percepciones de control o de un control real sobre otras personas, y evitar reconocer la propia falta de capacidades más adaptativas y elaboradas de afrontamiento. Con frecuencia, los pacientes con problemas de ira carecen de estas habilidades interpersonales adecuadas mediante las cuales resolver los problemas con eficacia, manejar los desengaños y la frustración, y controlar de manera eficiente los estados de activación física. Así, esta ausencia de habilidades opera para aumentar la utilidad o funcionalidad de la ira. La evasión de estas situaciones también sirve para limitar las oportunidades de aprender dichas habilidades mediante su práctica. Además, los patrones a largo plazo de agresión física o verbal quizá hayan creado una profecía autocumplida en el sentido de que quien manifiesta problemas de ira crea patrones por los que otras personas le evitan o le temen.

Herramientas de evaluación específicas de la meta

- Observaciones clínicas: las sesiones de *role-play* que se centran en situaciones sociales pertinentes son herramientas importantes para evaluar las deficiencias en habilidades interpersonales específicas.
- *Personal Assertion Inventory* (Hedlund, Lindquist, 1984; *Inventario personal de asertividad*). Inventario que ofrece clasificaciones de comportamiento pasivo, agresivo y asertivo.

- *Conflict Resolution Inventory* (Hartwig, Dickinson, Anderson, 1980; *Inventario de resolución de conflictos*). Autoinforme de aproximaciones a la resolución de conflictos.
- *Conflict Tactics Scale* (Straus, 1979; *Escala de tácticas de conflicto*). Mide las tácticas de resolución de conflictos, incluso la agresión verbal y física entre díadas positivas de miembros de la familia.

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades de asertividad.
- Terapia de resolución de problemas.
- Entrenamiento en habilidades de manejo de conflictos.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Habilidades de inoculación de ira.
- Entrenamiento en actitud positiva.
- Terapia de grupo.

Habilidades de comunicación. Las intervenciones diseñadas para aumentar el comportamiento interpersonal adaptativo se basan en observaciones de que los individuos con dificultades de ira tienen pocas habilidades de comunicación verbal y no verbal. El entrenamiento incorpora una amplia variedad de áreas, como empatía, escuchar con atención, contacto visual o aprender a expresar con claridad necesidades y peticiones. Estas habilidades por lo general se incluyen en los programas de manejo de la ira de la terapia cognitivo-conductual y se consideran un importante objetivo del tratamiento en un protocolo general de la terapia.

Habilidades de asertividad. Los individuos con dificultades de ira a menudo presentan deficiencias en su comportamiento asertivo (Fine, Olson; 1997). Aquí entra su incapacidad para expresar sentimientos positivos, rechazar peticiones o expresar opiniones negativas de una manera que los demás consideren respetuosa. El entrenamiento de habilidades de asertividad implica enseñarles a identificar deficiencias conductuales específicas, a ensayar comportamientos asertivos adecuados y a aplicar estos comportamientos recién aprendidos a situaciones de “la vida real”.

Terapia de resolución de problemas. Además del objetivo central de la TRP en modificar la visión cognitiva y emocional del mundo según la cual el individuo considera los problemas y su propia capacidad de resolverlos con eficiencia, una parte básica de este planteamiento es mejorar la forma como resuelve de hecho sus problemas cotidianos. En la TRP se hallan técnicas diseñadas para incrementar habilidades componentes específicas, como la de definir problemas con claridad

y precisión, idear diversas soluciones para los problemas, tomar decisiones de manera eficaz, así como disminuir el estilo de respuestas evasivas o impulsivas (D'Zurilla, Nezu, 1999). La mejora de estas habilidades se asocia con reducciones del comportamiento sexualmente agresivo (Nezu, Nezu, Dudek, 1998).

Habilidades de manejo de conflictos. Aprender a manejar de forma más eficaz los episodios de ira que ocurren en un contexto interpersonal requiere habilidades que aborden de manera específica el afrontamiento con opiniones distintas o metas conflictivas entre los individuos. Entre las habilidades de manejo de conflictos se halla el entrenamiento para que los pacientes emprendan un proceso de negociación, intercambio o compromiso, como uno en el que cada parte obtenga una ganancia parcial respecto de sus metas (Goldstein, Keller, 1987). Entrenar a la persona en estas habilidades de negociación aumenta la probabilidad de llegar a un compromiso mutuamente satisfactorio. Además de las habilidades de negociación, se enseñan las de contratos conductuales para que el paciente aprenda a asumir responsabilidad por su comportamiento y a seguir un plan de acción ya negociado. Estas estrategias se apoyan en investigaciones en las cuales la negociación y los contratos han mejorado dichas habilidades en parejas casadas (Jacobson, 1977).

Habilidades sociales. Las teorías de aprendizaje social relacionadas con la agresión ofrecen una exposición razonada del entrenamiento de habilidades sociales respecto de la ira y la agresión. Similar al entrenamiento de habilidades de resolución de problemas, el de habilidades sociales enseña al paciente habilidades adecuadas para manejar la ira de modo más eficaz en situaciones sociales. El entrenamiento de habilidades sociales específico para el manejo de la ira abarca: a) identificar las situaciones que con frecuencia son estresantes y provocadoras de ira; b) ofrecer información y psicoeducación respecto de las cadenas de reacción de ira individual; c) ofrecer formas más eficaces de responder a sus detonantes de ira; y e) ofrecer retroalimentación positiva para cualquier cambio conductual que demuestre estas habilidades en situaciones de la "vida real".

Habilidades de inoculación de ira. Este tipo específico de entrenamiento de habilidades sociales está diseñado para proporcionar un ensayo estructurado de nuevos pensamientos de afrontamiento para reemplazar la mentalidad propensa a la ira en respuesta a situaciones imaginadas detonantes de ira de forma sistemática. Similar a la inoculación de estrés (Meichenbaum, 1975; Novaco, 1975), se pide al paciente que jerarquice escenarios imaginarios que probablemente provoquen diversas respuestas de ira, desde un grado leve hasta uno insopportable. Se representan estos escenarios y después se vinculan a una respuesta de relajación ya aprendida y a autodeclaraciones de afrontamiento. Se avanza poco a poco en la jerarquía de las escenas imaginarias hasta alcanzar un estado de calma con escenas detonantes cada vez más intensas. Durante esta intervención

basada en representaciones, el paciente pone en práctica una recomposición cognitiva, entrenamiento de relajación, imágenes guiadas, modelado y juegos de rol (*role-playing*) (Beck, Fernandez, 1998).

Actitud positiva. El fundamento que sirve de base al entrenamiento en actitud positiva (p. ej., gozo, agradecimiento, paciencia, tolerancia) es que las emociones positivas amplían el repertorio de pensamiento-acción individual y crean recursos personales duraderos para combatir las situaciones de estrés (Frederickson, 2000). Además, el entrenamiento en estas habilidades se centra de forma específica en la adopción de atributos como paciencia, aceptación, tolerancia y perdón (Brack, Thoresen, 1996), y se incorporan en programas que se dirigen a la reducción de la hostilidad (Williams, Williams, 2001).

Terapia de grupo. En general, dar tratamiento en grupo puede ser en particular benéfico para algunos pacientes en lo referente a mejorar su manejo de la ira y otras habilidades interpersonales. Los estudios de tratamiento externo suelen emplear grupos pequeños, técnica que ha resultado eficaz para el tratamiento de la ira y la agresión. Otros autores destacan la importancia de dirigir el tratamiento a los obstáculos motivacionales individuales como formas importantes de aumentar la disposición al cambio por parte del paciente (Brandolo, DiGiuseppe, Tafrate, 1997). Si bien no hay beneficios claros o demostrados de manera empírica de los formatos de psicoterapia individual en comparación con los grupales, un beneficio potencial de un enfoque de tratamiento en grupo es que permite una oportunidad de obtener retroalimentación social, modelado, normalización, compañerismo y reforzamiento de habilidades.

Metas de resultados instrumentales/objetivos del tratamiento adicionales

Entre los objetivos de tratamiento secundarios para los problemas de ira se encuentran los siguientes:

- *Disminuir el estrés general.* Los individuos con ira reportan experimentar un alto grado de estrés y pueden percibirse a sí mismos como frecuentes objetos de ataque de los demás. Así, una posible meta de resultados instrumentales secundaria para un paciente con ira es disminuir el grado de estrés general. Entre los posibles enfoques de intervención se cuentan diversas estrategias conductuales de manejo del estrés para reducir la activación relacionada con el estrés, así como estrategias de entrenamiento de habilidades de afrontamiento —como la terapia de resolución de problemas— para ayudar al paciente a que maneje con más eficiencia los sucesos cotidianos estresantes.

- *Mejorar las relaciones familiares y de pareja.* Si los problemas de ira han provocado daño a las relaciones de pareja y familiares, quizá sea necesario abordar el mejoramiento de dichas relaciones como una meta importante de la terapia. Tal vez resulte importante abordar terapéuticamente la preocupación y temores de los miembros de la familia respecto del comportamiento del paciente, así como de su propio comportamiento como un reforzador potencial, hasta mejorar las secuencias conductuales funcionales y de comunicación entre los distintos miembros de la familia.
- *Abordar el abuso de alcohol y drogas.* El consumo de sustancias opera como reacción aprendida para bloquear o evitar experiencias de ira, o generar un efecto desinhibitorio al bajar el umbral del paciente para cometer actos agresivos o destructivos cuando se encuentra en un estado de ira. Así, las estrategias de reducción del daño que se centran en mejorar el manejo del consumo de sustancias sirven para reducir los episodios de ira.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS ADICIONALES

Las personas que padecen ira a menudo se ven obligadas a asistir a terapia por sus cónyuges, empleados o el sistema legal, por lo que una atención especial a los aspectos motivacionales con frecuencia será una consideración importante para su tratamiento. Mucha gente con problemas de ira sostiene con firmeza la idea de que reducir su ira los debilitará y hará vulnerables. Además, debido a que la ira genera empatía de los demás, una manera de procurar la aceptación de la terapia es validar el sentido de trasgresión o daño del paciente con ira (DiGiuseppe, 1999). Otra estrategia que se reporta útil para motivar al paciente en este contexto es reforzar sus valores positivos (p. ej., justicia, interés o integridad), mientras se describe la terapia como una forma de ayudar a modificar los patrones ineficaces con que intenta sostener dichos valores (Brondolo, DiGiuseppe, Tafrate, 1997).

Cada cultura varía de forma considerable en cuanto a la expresión, aceptabilidad y descripción de la ira, así como sus características en relación con el género. Así, por ejemplo, la agresión masculina quizá sea más aceptada desde el punto de vista social en algunos contextos culturales. Los terapeutas deben prestar atención a las opiniones culturales referentes a la ira, así como a la consistencia entre la visión individual o familiar y su sistema cultural. Las consideraciones de esta índole revisten particular importancia al establecer las metas terapéuticas y elaborar rutas cognitivas y conductuales alternas para manejar la ira con más eficacia (DiGiuseppe *et al.*, 1994).

Los metaanálisis de diferencias de género en la agresión física hacia las parejas heterosexuales indican que las mujeres son más propensas que los hombres a manifestar uno o más actos de agresión física; por otra parte, es más probable que los varones inflijan una lesión física real. En general, 62% de los lesionados en estas relaciones es del género femenino (Archer, 2000). Sin embargo, es importante no subestimar el efecto de la ira de las mujeres en los problemas de la relación; por ejemplo, a causa de la condena social del comportamiento agresivo o violento, las mujeres quizá desarrollen una variedad más amplia de expresiones conductuales de ira.

Las consideraciones de la diversidad respecto de la ira abarcan la necesidad de una evaluación particular en las personas con capacidades diferentes. En fechas recientes se ha registrado una tendencia creciente a atender la mejora de las habilidades de manejo de la ira en personas con retraso mental mediante protocolos psicosociales, en comparación con procedimientos más restrictivos, como medicación psicotrópica o control del entorno. Junto con tal necesidad de adaptar las estrategias cognitivo-conductuales a dicha población, está la de elaborar herramientas de evaluación eficaces. *The Anger Inventory* (Benson, Ivins, 1992; *Inventario de ira*), por ejemplo, se elaboró para individuos con retraso mental. Las intervenciones que incorporan estas estrategias de terapia cognitivo-conductual con una combinación de reducción de la activación y adquisición de habilidades han demostrado ser eficaces para reducir la agresión en personas con retraso mental (Rose, 1996). Sin embargo, es preciso considerar la adaptación de toda estrategia de intervención al grado adecuado de desarrollo.

Otra población especial son los individuos con historial criminal que presentan un alto riesgo de dañar a los demás, pues a menudo son muy resistentes al tratamiento. La atención al control conductual de un criminal quizá plantee conflictos específicos entre un terapeuta y otros sistemas (p. ej., la aplicación de la ley) respecto de la confidencialidad o el grado de restricciones que operan para aumentar el estrés y los detonantes de ira hacia otras personas.

El tratamiento para la ira en criminales quizá requiera una consideración adicional respecto de las características psicopáticas, en particular las que implican rechazo y vergüenza sociales. De manera específica, la ira por humillación se relaciona con deseos de vengarse y dominar a los demás (Morrison, Gilbert, 2001). Otro aspecto importante al tratar a delincuentes sexualmente agresivos es comprender los factores que operan para mantener la desviación sexual (Marshall, Anderson, Fernandez, 1999).

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (ed. 4, text revision). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Basquill, M., Nezu, C. M., Nezu, A. M., Klein, T. L. (en prensa). Aggression-related hostility bias and social problem-solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*.
- Beck, A. T., Emery, C. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, R., Fernandez, E. (1999). Cognitive-behavioral therapy for the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- Benson, B., Ivins, J. (1992). Anger, depression and self concept in adults with mental retardation. *Journal of Intellectual Disability Research*, 36, 169-175.
- Bracke, P. E., Thoreson, C. E. (1996). Reducing Type A behavior patterns: A structured group approach. In: R. Allan, S. Scheidt (Eds.). *Heart and mind: The practice of cardiac psychology* (pp. 255-291). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Brandolo, E., DiGiuseppe, R., Tafrate, R. C. (1997). Exposure-based treatment for anger problems: Focus on the feeling. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4, 75-98.
- Bushman, B., Baumeister, R. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and misplaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 219-229.
- Buss, A. H., Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 2, 343-349.
- Chemtob, C. M., Novaco, R. W., Hamada, R. S., Gross, D. M. (1997). Cognitive-behavioral treatment of severe anger in post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 184-189.
- Cook, W. W., Medley, D. M. (1954). Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI. *Journal of Applied Psychology*, 38, 414-418.
- Deffenbacher, J. L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice*, 55, 295-309.
- Deffenbacher, J. L., Dahlen, E. R., Lynch, R. S., Morris, C. D., Gowensmith, W. N. (2000). An application of Beck's cognitive therapy to general anger reductions. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 689-697.

- Deffenbacher, J. L., Stark, R. S. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 158-167.
- Dembroski, T. M., MacDougall, J. M., Williams, R. B., Haney, T. L., Blumenthal, J. A. (1985). Components of Type A behavior hostility and anger in relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- DiGiuseppe, R. (1999). End piece: Reflections on the treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology/In Session: Psychotherapy in Practice*, 55, 365-379.
- DiGiuseppe, R., Eckhardt, C. I., Tafrate, R. C., Robin, M. (1994). The diagnosis and treatment of anger in a cross-cultural context. *Journal of Distress and the Homeless*, 3, 229-261.
- DiGiuseppe, R., Tafrate, R. C., Eckhardt, C. I. (1994). Critical issues in the treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 11-132.
- Dodge, K. A., Price, J. M., Bacoworowski, J., Newman, J. P. (1990). Hostile attribution biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 385-392.
- Dryden, W. (1990). *Dealing with anger problems: Understanding your anger and aggression*. Odessa, Florida: Professional Resources Exchange.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. ed.). New York: Springer Publishing Co.
- Eckhardt, C. I. (1999). The depressing consequences of anger arousal: Behavioral treatment of anger-related depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 279-284.
- Edmondson, C. B., Conger, J. C. (1996). A review of the treatment efficacy for individuals with anger problems: Conceptual, assessment, and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 16, 251-275.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy* (Rev. ed.). New York: Birch Lane Press.
- Enright, R. D., Fitzgibbons, R. P. (2000). *Helping clients forgive: An empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Fava, M., Rosenbaum, J. F. (1999). Anger attacks in patients with depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, supplement 15, 21-24.
- Fine, M. A., Olson, K. A. (1997). Anger and hurt in response to provocation: Relationship to psychological adjustment. *Journal of Social Behavior and Personality*, 12, 325-344.
- Frederickson, B. L. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention and Treatment*, 3, Article 1.
- Goldstein, A. P., Keller, H. (1987). *Aggressive behavior: Assessment and intervention*. New York: Pergamon Press.
- Gould, R. A., Ball, S., Kaspi, S. P., Otto, M. W., Pollack, M. H., Shekhar, A., Fava, M. (1996). Prevalence and correlates of anger attacks: A two site study. *Journal of Affective Disorders*, 39, 31-38.

- Haney, T. L., Maynard, K. E., Houseworth, S. J., Scherwitz, L. W., Williams, R. B., Barefoot, J. C. (1996). Interpersonal hostility assessment technique: Description and validation against the criterion of coronary heart disease in the Framingham Study III. Eight-year incidence of coronary heart disease. *American Journal of Epidemiology*, 3, 36-58.
- Hartwig, W. H. Dickson, A. L., Anderson, H. N. (1980). Conflict Resolution Inventory: Factor Analytic Data. *Psychological Reports*, 46, 1009-1010.
- Hedlund, B. L., Lindquist, C. U. (1984). The development of an inventory for distinguishing among passive, aggressive, and assertive behavior. *Behavioral Assessment*, 6, 379-390.
- Jacobson, N. S. (1977). Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 92-100.
- Jain, D., Shaker, S. M., Burg, M. M., Wackers, F. J., Soufer, R. S., Zaret, B. L. (1998). Effects of mental stress on left ventricular and peripheral vascular performance in patients with coronary artery disease. *Journal of American College Cardiology*, 31, 1314-1322.
- Leifer, R. (1999). Buddhist conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 339-351.
- Lochman, J. E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three-year follow-up and preventative effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 426-432.
- Mammen, O. K., Shear, M. K., Pilkonis, P. A., Kolko, D. J., Thase, M. E., Greebo, C. G. (1999). Anger attacks: Correlates and significance of an unrecognized symptom. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 633-644.
- Marshall, W. L., Anderson, D., Fernandez, Y. (1999). *Cognitive behavioural treatment of sexual offenders*. West Sussex, England: Wiley.
- Mauro, R. D., Vitaliano, P. P., Cahn, T. S. (1987). A brief measure for the assessment of anger and aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 166-178.
- Mayne, T. J., Ambrose, T. K. (1999). Research review on anger in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 353-363.
- McFall, M. E., Wright, P. W., Donovan, D. M., Murray, R. (1999). Multidimensional assessment of anger in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 40, 216-220.
- Meichenbaum, D. H. (1975). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Morrison, D., Gilbert, P. (2001). Social rank, shame & anger in primary and secondary psychopaths. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 12, 330-356.
- Nezu, A. M. (en prensa). Problem solving and behavior therapy revisited. *Behavior Therapy*.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M. (2003). *Awakening self-esteem: Psychological and spiritual techniques for improving your well-being*. Oakland, California: New Harbinger.

- Nezu, C. M., Nezu, A. M., Dudek, J. (1998). A cognitive-behavioral model of assessment and treatment for intellectually disabled sexual offenders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 25-64.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development of an experimental treatment*. Lexington, Massachusetts: Heath.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In: J. Monahan, H. Steadman (Eds.). *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. Chicago: University of Chicago Press.
- Robins, S., Novaco, R. W. (1999). System conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology/In session: Psychotherapy in Practice*, 55, 325-337.
- Rose, J. (1996). Anger management: A group treatment program for people with mental retardation. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 8, 133-149.
- Spielberger, C. D. (1996). *State-Trait Anger Expression Inventory: Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression Inventory-2: Professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Tafate, R. C. (1995). Evaluation of treatment strategies for adult anger disorders. In: H. Kassinove (Ed.). *Anger disorders: Definition, diagnosis, and treatment* (pp. 109-128). Washington, D.C.: Taylor & Francis.
- Tescher, B., Conger, J. C., Edmondson, C. B., Conger, A. J. (1999). Behavior, attitudes, and cognitions of anger-prone individuals. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21, 117-139.
- Van Elderen, T., Maes, S., Komproue, I., van der Kamp, L. (1997). The development of an anger expression and control scale. *British Journal of Health Psychology*, 2, 269-281.
- Van Goozen, S. H. M., Frijda, N. H., Kindt, M., van de Poll, N. E. (1994). Anger proneness in women: Development and validation of the anger situation questionnaire. *Aggressive Behavior*, 20, 79-100.
- Williams, R. B., Williams, V. P. (2001). Managing hostile thoughts, feelings, and actions: The LifeSkills approach (pp. 137-153). In: C. R. Snyder (Ed.). *Coping with stress: Effective people and processes*. New York: Oxford.

Apéndice A

Guía rápida de objetivos del tratamiento

PROBLEMAS DE IRA

Principales metas de resultados instrumentales/ objetivos del tratamiento

Meta 1: Disminuir la activación fisiológica elevada

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de relajación.
- Exposición.
- Meditación de ampliación de conciencia.

Meta 2: Reducir las distorsiones cognitivas

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.
- Habilidades para perdonar.
- Humor.

Meta 3: Mejorar las habilidades interpersonales*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Entrenamiento en habilidades de comunicación.
- Entrenamiento en habilidades de asertividad.
- Terapia de resolución de problemas.
- Entrenamiento en habilidades para el manejo de conflictos.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en actitud positiva.
- Terapia de grupo.

Objetivos de tratamiento secundarios

- Disminuir el estrés general.
- Mejorar las relaciones familiares y de pareja.
- Abordar el abuso de alcohol y drogas.

TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**Principales metas de resultados instrumentales/
objetivos del tratamiento****Meta 1: Aumentar la adherencia y motivación para la terapia***Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Psicoeducación.
- Estrategias de validación de la terapia dialéctica conductual.
- Manejo de contingencias.
- Terapia de aceptación y compromiso.

Meta 2: Disminuir el comportamiento parasuicida y la ideación suicida*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Estrategias de terapia dialéctica conductual para reducción del comportamiento dañino.

- Terapia de resolución de problemas.
- Reestructuración cognitiva.
- Intervenciones basadas en la esperanza.

Meta 3: Mejorar las habilidades autorregulatorias

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Meditación de ampliación de conciencia.
- Entrenamiento de inoculación de estrés.
- Entrenamiento de relajación.
- Identificar y clasificar el afecto.
- Aumentar los sucesos placenteros.

Meta 4: Aumentar la precisión cognitiva

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de procesamiento cognitivo.
- Terapia de resolución de problemas.

Meta 5: Mejorar las habilidades de resolución de problemas

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de resolución de problemas.
- Terapia dialéctica conductual.

Meta 6: Mejorar las habilidades interpersonales

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de habilidades de comunicación.
- Entrenamiento de habilidades de asertividad.
- Habilidades de actividad y placer.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Disminuir el abuso de sustancias.

ANGUSTIA DE PAREJA

Principales metas de resultados instrumentales/ objetivos del tratamiento

Meta 1: Incrementar los comportamientos positivos

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Intercambio conductual.
- Programa de actividades placenteras.
- Autorregulación.

Meta 2: Mejorar la comunicación adaptativa y la resolución de problemas

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de habilidades de comunicación.
- Entrenamiento de comunicaciones emocionales.
- Terapia de resolución de problemas.

Meta 3: Disminuir las ideas disfuncionales

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Ensayos conductuales.
- Recomposición.

Meta 4: Aumentar la aceptación

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Formulación de caso.

- Unión con empatía.
- Construcción de tolerancia.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Disminuir el estrés.
- Disminuir la psicopatología individual.
- Abordar la ambivalencia.
- Mejorar la relación.

DEPRESIÓN

Principales metas de resultados finales/ objetivos del tratamiento

Meta 1: Disminuir el pensamiento disfuncional

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.

Meta 2: Mejorar la capacidad de resolución de problemas

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de resolución de problemas.

Meta 3: Mejorar las habilidades de autocontrol

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de autocontrol.
- Terapia de resolución de problemas.

Meta 4: Mejorar las tasas de refuerzo positivo*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Curso para afrontar la depresión.
- Activación conductual.

Meta 5: Aumento de las habilidades sociales e interpersonales*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Entrenamiento en habilidades sociales.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Reducción de la ideación suicida.
- Mejorar la relación marital.
- Mejorar la salud física general.
- Disminución de recaídas.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**Principales metas de resultados instrumentales/
objetivos del tratamiento****Meta 1: Alterar las metacogniciones desadaptativas***Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.
- Terapia de ampliación de conciencia.

Meta 2: Disminuir la intolerancia a la incertidumbre*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Terapia de resolución de problemas.

- Automonitoreo.
- Control de estímulos.

Meta 3: Reducir el comportamiento evitativo

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Terapia de exposición.
- Ensayos conductuales.
- Estrategias interpersonales.

Meta 4: Aminorar los síntomas físicos de la ansiedad

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de relajación.
- Desensibilización de autocontrol.
- Entrenamiento en higiene para dormir.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Mejorar las habilidades de manejo del tiempo.
- Disminuir el estrés cotidiano general.
- Aumentar la eficacia propia.
- Disminuir la necesidad de benzodiazepinas.

TRASTORNO DE LA ERECCIÓN

**Principales metas de resultados instrumentales/
objetivos del tratamiento**

Meta 1: Vencer los mitos sobre la sexualidad masculina

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Psicoeducación.

Meta 2: Reducir la ansiedad de desempeño*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Concentración sensorial.
- Reducción de la ansiedad.

Meta 3: Disminuir las cogniciones disfuncionales*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.

Meta 4: Mejorar el control de estímulos*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Control de estímulos.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Angustia marital/ relación conflictiva.
- Comunicaciones deficientes.
- Perturbación del estado de ánimo.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO**Principales metas de resultados finales/
objetivos del tratamiento****Meta 1: Disminuir la valoración negativa de pensamientos intrusivos***Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Reestructuración cognitiva.
- Estrategia de gráfica de pastel.
- Terapia de resolución de problemas.

Meta 2: Reducir los comportamientos neutralizadores manifiestos*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Exposición y prevención de la respuesta.
- Modelado.
- Suspensión de rituales.

Meta 3: Limitar los comportamientos desadaptativos encubiertos*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Cintas de audio.
- Diario de supresión de pensamientos.
- Ensayos conductuales.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Disminuir el estrés general.
- Mejorar las habilidades sociales.
- Reducir los síntomas depresivos.
- Disminuir la “ideación sobrevalorada”.
- Aumentar la autoeficiencia.

TRASTORNO DE ANGUSTIA Y AGORAFOBIA**Principales metas de resultados instrumentales/
objetivos de tratamiento****Meta 1: Disminuir las interpretaciones catastróficas de la activación***Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Reestructuración cognitiva.
- Exposición interoceptiva.
- Terapia cognitiva focal.

Meta 2: Disminuir la activación fisiológica*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Distracción.
- Entrenamiento de relajación.
- Control respiratorio

Meta 3: Disminuir los comportamientos de seguridad*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Exposición.
- Perspectiva de señales de seguridad.
- Terapia de dominio guiado.
- Ensayos conductuales.
- Entrenamiento autoinstruccional.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Disminuir el estrés.
- Programar actividades.
- Evitar recaídas.

FOBIAS ESPECÍFICAS**Principales metas de resultados instrumentales/
objetivos del tratamiento****Meta 1: Disminuir la activación fisiológica elevada***Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Terapia de exposición.
- Inundación.
- Relajación aplicada.

Meta 2: Disminuir las reacciones vasovagales*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Terapia de exposición.
- Tensión aplicada.
- Control respiratorio.

Meta 3: Disminuir las ideas disfuncionales*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Reestructuración cognitiva.
- Análisis costo-beneficio.
- Imágenes positivas guiadas.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Mejorar la salud médica.
- Aumentar la eficiencia del paciente.
- Mejorar las relaciones sociales.
- Disminuir el estrés general.
- Mejorar el desempeño laboral.
- Disminuir las recaídas.

TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO**Principales metas de resultados instrumentales/
objetivos del tratamiento****Meta 1: Reducir la activación psicofisiológica***Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Exposición prolongada.
- Terapia de exposición de canales múltiples.
- Manejo de la ansiedad.

Meta 2: Disminuir las ideas disfuncionales*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Reestructuración cognitiva.
- Autodiálogo guiado.
- Ensayos conductuales.
- Detención de pensamientos.

Meta 3: Mejorar las habilidades adaptativas de afrontamiento*Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Entrenamiento de inoculación de estrés.
- Terapia de resolución de problemas.
- Entrenamiento de manejo afectivo.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Disminuir las perturbaciones del sueño.
- Disminuir la “resistencia”.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Disminuir el comportamiento de crisis.
- Prevenir el TEPT.

ANSIEDAD SOCIAL**Principales metas de resultados instrumentales/
objetivos del tratamiento****Meta 1: Disminuir la activación fisiológica elevada***Intervenciones potenciales específicas de la meta*

- Terapia de exposición.
- Inundación.
- Entrenamiento de relajación.

Meta 2: Limitar las ideas disfuncionales

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Reestructuración cognitiva.
- Terapia de resolución de problemas.

Meta 3: Mejorar las habilidades interpersonales

Intervenciones potenciales específicas de la meta

- Entrenamiento de habilidades sociales.
- Entrenamiento de eficiencia social.
- Terapia de grupo.

Objetivos secundarios del tratamiento

- Disminuir el estrés general.
- Mejorar las habilidades sociales específicas deficientes.
- Disminuir la atención en las sensaciones corporales.
- Abordar trastornos comórbidos.

Apéndice B

Descripción de estrategias cognitivo-conductuales seleccionadas

TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO

La terapia de aceptación y compromiso es un planteamiento de psicoterapia conductual contextual que se basa en una teoría de índole relacional. Es un enfoque reciente que fue elaborado para abordar una amplia variedad de problemas psicológicos, como trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y trastornos crónicos. La teoría subyacente plantea que el comportamiento humano verbal (lenguaje) está basado en la habilidad para relacionar eventos arbitrariamente, mutuamente y en combinación, y para transformar las funciones de estímulo basado en su relación con otro evento. El tratamiento resultante de esta perspectiva identifica las características únicas del lenguaje y cognición humanos para explicar la forma como las reacciones psicológicas y emocionales a experiencias o sucesos pasados dolorosos aparecen de modo continuo en el presente. Las estrategias de la terapia de aceptación y compromiso se diseñaron con base en la observación de que al mismo tiempo que los seres humanos intentan evadir estos pensamientos y sentimientos dolorosos, a menudo manifiestan una clase de evitación de la experiencia misma. Es esta evitación la que genera los síntomas a causa de los cuales los pacientes buscan tratamiento psicológico. Así, las estrategias de la terapia de aceptación y compromiso fueron diseñadas para reducir la estrechez e inflexibilidad de los repertorios conductuales que surgen de los intentos de tal clase de evitación. Las metas clínicas generales de la terapia de aceptación y compromiso son debilitar la inflexibilidad contenido

verbal y de la cognición que originan esta conducta evitativa y ayudar a que la gente construya contextos alternos para que su comportamiento sea más consistente con sus valores.

Los practicantes de la terapia de aceptación y compromiso procuran que sus pacientes adopten formas de interacción verbal no agresivas como metáforas, paradojas y ejercicios relacionados con la experiencia a fin de “aflojar el nudo de pensamientos y el sí mismo”. Un propósito terapéutico básico es minar el efecto literal de los sucesos verbales y contribuir a modificar los contextos de los pacientes, de forma que aumente la probabilidad de que ocurran las acciones orientadas por los valores al mismo tiempo que se reducen los comportamientos evitativos.

Existen varias áreas específicas de terapia de aceptación y compromiso, cada una con sus propias metodologías, ejercicios, asignaciones en casa y metáforas específicos. Entre estas áreas se hallan las siguientes: iniciar la desesperanza creativa (identificar estrategias que el paciente ha puesto en práctica pero sin éxito); ver en el control el problema y no la solución; desarrollar la aceptación como opción de vida; desarrollar un sentido de trascendencia del sí mismo (la capacidad de experimentar sucesos aquí y ahora, sin enfrascarse en una evaluación); aprender a desactivar el lenguaje y la cognición; y comprometerse con acciones congruentes con valores.

Lecturas recomendadas

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Masuda, A., De Mey, H. (en prensa). Acceptance and commitment therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie (Dutch Journal of Behavior Therapy)*.

TENSIÓN APLICADA

A diferencia de otras fobias específicas, el desvanecimiento es común en la fobia de sangre/inyección/daño (SID). Tal respuesta de desvanecimiento parece resultar de un menor riego sanguíneo al cerebro (es decir, reducción de la presión arterial), por tanto, la meta de la tensión aplicada es aumentar la presión arterial y prevenir así el desvanecimiento en quien sufre una fobia de SID.

Al enseñar la tensión aplicada, el terapeuta instruye a sus pacientes a tensar grupos musculares en sus brazos y piernas durante intervalos de cinco segundos. Las imágenes —como “imagine que aumenta la presión cuando aprieta una pelota con la mano”— sirven para fomentar las contracciones isométricas.

El terapeuta facilita la instrucción al modelar el procedimiento. Los pacientes practican esta técnica primero en un ambiente controlado y después al enfrentar situaciones que impliquen los estímulos temidos. Así, esta técnica se aplica en un marco terapéutico de exposición más prolongado.

Lecturas recomendadas

- Bodycoat, N., Grauaug, L., Olson, A., Page, A. C. (2000). Constant versus rhythmic muscle tension in applied tension. *Behaviour Change*, 17, 97-102.
- Öst, L. G., Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.

ENTRENAMIENTO AUTOGÉNICO

El entrenamiento autogénico (que significa “autogenerado”) es una técnica diseñada para ayudar a los pacientes a reducir la fatiga, la tensión y la ansiedad al enseñarles a generar sentimientos de pesadez y calidez en sus extremidades. También se ha revelado útil para pacientes que padecen dolores crónicos. A diferencia de la relajación muscular progresiva, no hay ninguna actividad física en este procedimiento. En esencia, el entrenamiento autogénico procura que la sangre fluya a las extremidades y permite que pies y manos se sientan más calientes. La inducción por parte del terapeuta dirige primero al paciente a que se concentre en varios grupos musculares (p. ej., mano derecha, mano izquierda, pie derecho, pie izquierdo). Después se le pide que pronuncie de forma lenta y repetida una serie de indicaciones a sí mismo, mientras respira de manera pausada —algo como: “Mi mano derecha está pesada. Mi mano derecha está pesada y caliente. Mi mano derecha está descansando”—. La atención se desplaza a continuación a la otra mano, así como a ambos pies. Es factible incluir otros grupos musculares en este protocolo para pacientes con dolores crónicos (p. ej., hombros, pecho). El entrenamiento autogénico puede combinarse también con diversas imágenes positivas con el fin de intensificar el efecto relajador.

Lecturas recomendadas

- Davis, M. E., Eschelman, E., McKay, M. (1995). *The relaxation and stress reduction workbook* (4th. ed.). Oakland, California: New Harbinger.

ACTIVACIÓN CONDUCTUAL

La activación conductual es un enfoque de tratamiento para la depresión cuyo propósito es aumentar las fuentes de reforzamiento positivo con el fin de contrarrestar patrones de evitación, distanciamiento e inactividad que a menudo los síntomas depresivos generan o exacerban. La meta principal de la activación conductual es ayudar al individuo deprimido a que identifique los comportamientos y actividades que se reforzarán desde el punto de vista ideográfico para interrumpir el ciclo entre estado de ánimo deprimido, activación/distanciamiento/evitación reducidos y depresión en aumento. Las metas del tratamiento se establecen de común acuerdo entre terapeuta y paciente, se conduce un análisis funcional para entender mejor los detonantes contextuales y ambientales únicos de los síntomas depresivos, y se enseñan al paciente diversas estrategias de activación con el fin de aumentar la naturaleza reforzadora de su vida.

Las estrategias de activación son: *activación focal* (es decir, emprender las actividades específicas ya identificadas como reforzadoras con base en el análisis funcional previo); *asignación gradual de actividades* (es decir, asignar tareas cada vez más difíciles); *modificación de la evitación* (es decir, fomentar la motivación para “evitar” los comportamientos evitativos); *regulación de la rutina* (es decir, establecer una rutina para las actividades básicas diarias); y *atención a la experiencia* (es decir, fomentar la capacidad del paciente para entender mejor la función de las “rumiaciones” depresivas como medio de disminuir su frecuencia). Además, el terapeuta de activación conductual ayuda a identificar obstáculos diversos para el tratamiento como baja motivación o cumplimiento deficiente de las asignaciones para la casa.

Lecturas recomendadas

Jacobson, N. S., Martell, C. R., Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.

Martell, C. R., Addis, M. E., Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.

TERAPIA DE PROCESAMIENTO COGNITIVO

En su origen, la terapia de procesamiento cognitivo se elaboró para tratar los síntomas específicos del trastorno por estrés postraumático en sobrevivientes

de abuso sexual. El tratamiento se basa en las teorías de procesamiento de información del trastorno por estrés postraumático que proponen dos condiciones necesarias para la reducción del temor: a) activación de la memoria del temor y b) aprender nueva información incompatible con las estructuras del temor presentes en el momento. El temor se reduce con el proceso de habituación. Esta experiencia de aprendizaje implica una exposición sistemática al recuerdo traumático en un ambiente controlado.

Sin embargo, una característica única de la terapia de procesamiento cognitivo es que combina el ingrediente principal de las terapias basadas en la exposición con un marcado componente cognitivo propio de la mayoría de las terapias cognitivas. La suma de este componente se basa en la teoría de que, si bien la activación de esquemas de temor en un ambiente controlado puede modificar lo suficiente la percepción de peligro y temor por parte de una persona, quizá no se dé cambio alguno en otras reacciones emocionales. Un ejemplo de estas otras reacciones es la tendencia de algunos sobrevivientes a culparse a sí mismos y sentir vergüenza, ira, desagrado o confusión. Tales patrones cognitivos y emocionales quizá reflejen temas añadidos al temor, como autoestima, competencia e intimidad. Por tanto, la terapia de procesamiento cognitivo ofrece módulos de tratamiento centrados en patrones erróneos de pensamiento y en identificar “puntos de atasco”, además de los módulos basados en la exposición.

El tratamiento cambia las cogniciones específicas que más probablemente han sido alteradas por el ciclo del trauma. Se asigna a los pacientes actividades para la casa en cada sesión y gran parte del trabajo terapéutico se lleva a cabo entre las sesiones. La terapia de procesamiento cognitivo abarca una fase de educación, una guía específica para la identificación de pensamientos y sentimientos, y estrategias de exposición en las que los pacientes escriben con detalle un suceso y lo leen a diario. También leen sus apuntes en voz alta durante las sesiones, y el terapeuta les ayuda a etiquetar sus sentimientos y a identificar los objetivos pertinentes para el cambio cognitivo.

Lecturas recomendadas

- Resick, P. A., Calhoun, K. S. (2001). Posttraumatic Stress Disorder. In: D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorder: A step-by-step treatment manual* (pp. 60-113). New York: Guilford Press.
- Resick, P. A., Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, California: Sage.

REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

La reestructuración cognitiva es un término amplio para diversos planteamientos de índole cognitivo que pretenden reducir los pensamientos automáticos negativos y aminorar los esquemas desadaptativos. La suposición básica de la que parten estas perspectivas es que los factores cognitivos (p. ej., ideas, actitudes, percepciones) influyen en las emociones y el comportamiento de la gente. En otras palabras, no es un suceso por sí mismo el que determina lo que sienten los individuos, sino su *percepción* de la situación. Así, la psicopatología —como depresión y ansiedad— es el resultado de las distorsiones en estos factores cognitivos. A menudo se describen tres grados de disfunciones cognitivas en los modelos cognitivos: pensamientos automáticos distorsionados o negativos (p. ej., “soy aburrido”, “soy un fracaso”), suposiciones desadaptativas o principios rectores erróneos (p. ej., “debo tener la aprobación de todos”, “debo caerles bien a todos”), y esquemas disfuncionales o conjuntos de ideas básicas (p. ej., “soy un inadapado”, “soy un estúpido”).

Si bien existen diversos modelos de reestructuración cognitiva, todos pretenden ayudar a que los pacientes: identifiquen estos tipos de patrones de pensamiento negativos; comprendan cómo influyen estas cogniciones en sus respuestas emocionales y conductuales ante situaciones estresantes, y cambien esta mentalidad al sustituir las ideas negativas con otras más adaptativas y saludables. Algunos enfoques se valen de la refutación directa para desafiar la lógica o racionalidad de esta mentalidad, mientras que otras lo hacen mediante una relación colaboradora con el paciente en un intento por explorar mutuamente la solidez de diversas distorsiones cognitivas. Otras técnicas de modificación cognitiva son examinar la lógica de los pensamientos, aplicar un análisis de “ventajas” y “desventajas” de una idea particular, fomentar que los individuos “pongan a prueba” varias suposiciones erróneas, la recomposición positiva y el *role playing*.

Lecturas recomendadas

Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York. Basic Books.

Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basic and beyond*. New York: Guilford Press.

RESPIRACIÓN PROFUNDA Y CONTROL RESPIRATORIO

La ansiedad a menudo se acompaña de respiración superficial y rápida, misma que origina una reducción de bióxido de carbono en la sangre, lo que genera

una sensación de mareo y aturdimiento. Estos síntomas pueden desencadenar angustia (p. ej., en pacientes con TA/TAA) o desvanecimiento (p. ej., en pacientes con fobias de sangre/inyección/daño). El propósito del reentrenamiento de la respiración es evitar esta hiperventilación mediante inhalaciones y exhalaciones lentas, controladas y relajantes. En palabras llanas, no es posible experimentar ansiedad (respirando con rapidez) y estar relajado (respirando con calma) al mismo tiempo. Así, el reentrenamiento de la respiración facilita la respiración relajante.

Los ejercicios para reentrenar la respiración combinan su profundidad con su control. La primera se refiere a usar sobre todo el diafragma para lograr aspiraciones lentas y profundas. Cuando se enseña a los pacientes la *respiración diafragmática*, el terapeuta modela el procedimiento: una mano se coloca en la parte superior del pecho y la otra sobre el diafragma (es decir, arriba del ombligo); el terapeuta instruye y demuestra que, durante la inhalación, la mano sobre el diafragma se eleva más que la mano sobre la parte superior del pecho. La inhalación y la exhalación son lentas y prolongadas (p. ej., al contar hasta cinco). Quizá el terapeuta proporcione visualizaciones del diafragma como un balón que se llena de aire con la inhalación y se vacía con la exhalación. Se instruye al paciente a continuar respirando de esta manera tranquila durante cinco minutos; también debe practicar esta técnica dos veces al día hasta avanzar a la respiración profunda sin ayuda de sus manos en un ambiente controlado. Por último, los pacientes aprenden a utilizar esta técnica cuando se sientan ansiosos como medio de contrarrestar la ansiedad.

El *control respiratorio* incorpora la respiración diafragmática a una técnica psicoeducativa más amplia. En primer lugar, los pacientes aprenden por experiencia propia los efectos de la hiperventilación mediante respiraciones rápidas durante dos minutos, tras los cuales se les pide que describan la experiencia (p. ej., emociones, sensaciones físicas, pensamientos de ansiedad). Estos comentarios, moderados con el uso del descubrimiento guiado por parte del terapeuta, permiten a los pacientes apreciar los efectos desadaptativos de la hiperventilación (p. ej., una elevada angustia psicológica). A continuación se le enseña la respiración diafragmática, que a la larga se aplicará durante situaciones estresantes.

Lecturas recomendadas

- Antony, M. M., Swinson, R. P. (2000). Exposure-based strategies and social skills training. In: M. M. Antony, R. P. Swinson (Eds.). *Phobic disorders and panic in adults: A guide to assessment* (pp. 191-238). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Chalkley, A. J. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23-30.

TERAPIA DE EXPOSICIÓN

En un intento por disminuir la angustia tanto fisiológica como psicológica, los pacientes a menudo evitan los estímulos temidos. La evitación se refuerza de forma negativa cuando este patrón de comportamiento reduce la activación negativa. Además, la evitación impide que los pacientes experimenten la disminución natural de la angustia que se da con el tiempo si se mantiene un continuo contacto con el estímulo temido. Por tanto, el propósito de la terapia de exposición es permitir al paciente que se habitúe a los estímulos (p. ej., objetos, lugares, actividades, pensamientos) que inducen ansiedad o se asocian de manera estrecha con ella.

La terapia de exposición comienza por educar al paciente a evaluar mejor su grado de angustia o ansiedad (uso de la *Subjective Units of Distress Scale*, SUDS o *Escala de Unidades Subjetivas de Angustia*). Después los pacientes aprenden a identificar un grupo diverso de situaciones ideográficamente estresantes, desde las que provocan una activación mínima (p. ej., SUDS de 20) hasta la situación más estresante imaginable (p. ej., SUDS de 100). Cada situación se describe de forma vívida para abarcar varios estímulos sensoriales (p. ej., imágenes, sonidos, olores, contactos, sensaciones físicas). Se recuerda a los pacientes que estas escenas no tienen que ser realistas (p. ej., el mayor miedo de un individuo con temor a las arañas quizá sea verse cubierto por ellas, si bien es muy poco probable que esto suceda en la vida real).

La técnica real de la exposición puede aplicarse mediante *imaginación* o *in vivo*, y se trata de que los pacientes experimenten escenas cada vez más perturbadoras (p. ej., empezar por un suceso con una clasificación de 20 SUDS y avanzar poco a poco hasta llegar a una escena de 100 SUDS). Respecto de la exposición imaginaria, el paciente escucha la descripción vívida de la escena temida por parte del terapeuta, con todo detalle. Para la exposición *in vivo* se procura que el paciente experimente de verdad el estímulo temido y evitado (p. ej., puede pedirse a alguien con TOC que tema a la suciedad que toque algo “sucio” sin lavarse las manos después, o solicitar a un paciente con TEPT relacionado con un accidente automovilístico que maneje por una calle particular que evitaba). Durante la exposición, se pide al paciente que informe de manera periódica el grado de SUDS. El contacto con el estímulo temido (sea imaginario o *in vivo*) cesa sólo hasta que la clasificación de SUDS se reduce al menos 50% respecto de su valor original. Es importante que el terapeuta se asegure de que los pacientes experimentan los SUDS elevados predichos al principio de la sesión de exposición (es decir, no están evitando la experiencia del estresor) y comprendan la importancia de mantener la exposición hasta *después* de que las SUDS bajen a un grado predeterminado (es decir, permitir que el cuerpo conozca y experimente el decremento natural de la activación). Detenerse antes

de esta habituación sólo servirá para intensificar la activación y evitación asociadas con ese estímulo particular.

Lecturas recomendadas

- Barlow, D. H. (Ed.). (2001). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (3rd. ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Craske, M. G. (2000). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook for anxiety and panic*. San Antonio, Texas: Psychological Corporation.

INUNDACIÓN

La inundación es similar a la terapia de exposición, con la misma meta de habituación a los estímulos antes temidos; sin embargo, la diferencia es la secuencia del contacto con este estímulo temido. De manera específica, a diferencia de la exposición en la que los pacientes experimentan de forma gradual estímulos cada vez más estresantes, la inundación implica experimentar de inmediato un estímulo muy angustiante.

La inundación comienza por educar al paciente para que evalúe mejor su propio grado de angustia o ansiedad (uso de la escala SUDS, en la que 0 = sin angustia en absoluto y 100 = angustia extrema). Después, los pacientes identifican diversas situaciones muy angustiantes. Cada situación se describe de manera vívida y abarca diversos estímulos sensoriales (p. ej., imágenes, sonidos, olores, contactos, sensaciones físicas). Se recuerda a los pacientes que estas escenas no tienen que ser realistas (p. ej., un individuo que tema hablar en público frente a un auditorio de 1 000 personas que se burlan de él).

La técnica real de inundación es aplicable mediante *imaginación* o *in vivo*, y los pacientes experimentan una exposición a situaciones muy angustiantes. Respecto de la inundación imaginaria, el paciente escucha al terapeuta describir con todo detalle la escena completa. En lo concerniente a la inundación *in vivo*, el paciente experimenta en verdad el estímulo tan temido y antes evitado. Durante la inundación, se pide al paciente que clasifique de manera periódica sus SUDS. El contacto con el estímulo temido (sea imaginado o *in vivo*) cesar sólo hasta que las SUDS del paciente bajen 50% de su valor original. Es importante que el terapeuta se asegure de que los pacientes *a*) experimenten las SUDS elevadas predichas al principio de la sesión (p. ej., que no eviten la experiencia del estresor) y *b*) comprendan la importancia de mantener la exposición de inundación hasta que las SUDS bajen a un grado predeterminado (es decir, per-

mitir que el cuerpo conozca y experimente el decremento natural de la activación). Detenerse antes de esta habituación sólo servirá para intensificar la activación y evitación asociadas con ese estímulo particular.

Lecturas recomendadas

- Barlow, D. H. (Ed.). (2001). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. (3rd. ed.). New York: Guilford Press.
- Gelder, M. (1991). Psychological treatment for anxiety disorders: Adjustment disorder with anxious mood, generalized anxiety disorders, panic disorder, agoraphobia, and avoidant personality disorder. In: W. Coryell, G. Winokur (Eds.). *The clinical management of anxiety disorders* (pp. 10-27). Londres: Oxford University Press.

ESTRATEGIAS DE AMPLIACIÓN DE CONCIENCIA (MEDITACIÓN)

La “ampliación de conciencia” se define como un estado mental flexible que implica una apertura a lo nuevo, en el que uno es sensible al contexto y la perspectiva, y “se sitúa en el presente”. Ampliar la conciencia es *guiarse*, más que *regirse*, por reglas y rutinas. Como perspectiva filosófica, su origen se remonta a las religiones orientales (p. ej., budistas), como protocolo particular de meditación. En la *meditación de ampliación de la conciencia*, el individuo pretende prestar atención y concentrarse en todos los estímulos ambientales internos y externos, pero no para juzgarlos ni emprender “rumiaciones” respecto de algún estímulo particular. A esta práctica de meditación a menudo se le llama “de apertura”, en contraste, por ejemplo, con la meditación trascendental, en la que el individuo se dirige a concentrarse específicamente en un mantra particular.

Como procedimiento de meditación, la ampliación de la conciencia es eficaz para manejar el estrés y como estrategia para reducir la ansiedad. Como función de estos buenos resultados, varios investigadores y terapeutas pretenden integrar este marco filosófico a las terapias cognitivas y conductuales tradicionales para mejorar sus beneficios. Hace poco, por ejemplo, se elaboró una terapia cognitiva de ampliación de la conciencia para un programa de depresión; tanto la terapia dialéctica conductual como la de aceptación y compromiso incluyen esta perspectiva en sus protocolos generales, y otras que están en el proceso de incorporar la espiritualidad a la terapia cognitivo-conductual ven en la ampliación de la conciencia un principio básico para procurar el alcance de metas *positivas* (p. ej., esperanza, perdón, aceptación).

Lecturas recomendadas

- Nezu, C. M., Nezu, A. M. (2003). *Awakening self-esteem: Psychological and spiritual techniques for improving your well-being*. Oakland, California: New Harbinger.
- Segal, Z. W., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

TERAPIA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

La terapia de resolución de problemas ofrece entrenamiento en un modelo sistemático de resolución de problemas cotidianos para mejorar la capacidad de afrontar situaciones estresantes. Los modelos contemporáneos de resolución de problemas identifican dos procesos componentes principales: orientación del problema y estilo de resolución de problemas. La *orientación del problema* es el conjunto relativamente estable de esquemas cognitivo-afectivos que representa las ideas, actitudes y reacciones emocionales generales de la persona acerca de los problemas cotidianos y su capacidad de afrontarlos con éxito. Si es negativa (p. ej., los problemas se ven como amenazas o la capacidad para resolver problemas se considera ineficaz) genera afecto negativo y motivación para la evasión, lo que más tarde opera para inhibir o interrumpir los intentos subsecuentes de resolver problemas.

El *estilo de resolución de problemas* se refiere a las actividades cognitivo-conductuales básicas que emprende la gente cuando intenta afrontar problemas en su vida diaria. Se identifican tres estilos; el primero de ellos es la *resolución racional de problemas*, y es un estilo adaptativo que implica la aplicación sistemática y planeada de diversas habilidades como definir con precisión el problema y establecer metas realistas; generar múltiples opciones para alcanzarlas; aplicar un análisis sólido de costos-beneficios para tomar decisiones eficaces respecto de probabilidad de éxito de las posibles soluciones; comprometerse con un plan de solución y llevarlo a cabo; y supervisar el resultado para determinar si se requiere mantener la solución del problema para afrontar con eficiencia la situación estresante. En cambio, hay dos estilos desadaptativos: el *impulsivo/descuidado* (es decir, intentos impulsivos, apresurados y descuidados de resolver el problema) y el *evitativo* (es decir, evitar los problemas mediante la posposición, la pasividad y la excesiva dependencia de los demás).

Los objetivos específicos de la terapia son mejorar la orientación positiva; disminuir la orientación negativa; afinar las habilidades de resolución de problemas; disminuir el estilo impulsivo/descuidado; y reducir el estilo de evita-

ción. Esto se logra mediante una serie de explicaciones didácticas, actividades de entrenamiento de habilidades, ejercicios de juegos de rol (*role play*) y asignaciones para la casa. Además de procurar la adquisición real de habilidades, la terapia de resolución de problemas pretende fomentar la aplicación generalizada de estas habilidades en diversos problemas intrapersonales e interpersonales con el fin de mejorar la capacidad general de afrontar la angustia psicológica y disminuirla.

Lecturas recomendadas

- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, S. H., Faddis, S., Houts, P. S. (1998). *Helping cancer patients cope: A problem-solving approach*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. New York: Wiley.

RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA

La meta de la relajación muscular progresiva es reducir la tensión muscular y la activación fisiológica. Se trata de una técnica adaptativa de afrontamiento para disminuir la angustia fisiológica y psicológica al relajar el cuerpo y la mente. Este enfoque de manejo del estrés implica tres pasos, al inicio de los cuales el terapeuta debe ejercer supervisión. Sin embargo, el paciente practicará los dos primeros por su cuenta conforme adquiera dominio y, más adelante, el tercero. Durante la primera etapa de la inducción se instruye a los pacientes para que contraigan (tensen) y relajen varios grupos musculares de todo el cuerpo. Las áreas específicas varían según las principales regiones de tensión, pero por lo común son rostro, cuello, hombros, brazos, manos, estómago, espalda, piernas y pies. Los pacientes mantienen una contracción isométrica más o menos de tres a cinco segundos antes de relajar la parte específica del cuerpo.

Después de la etapa de contracción-relajación, se instruye a los pacientes para que se concentren en el mismo orden de regiones de grupos musculares. No obstante, en esta segunda fase sólo se emplea la relajación. Así, se indica a los pacientes que se enfoquen y relajen en cada grupo muscular. Por último, el tercer paso implica relajar todo el cuerpo. En este momento se indica a los pacientes que revisen su cuerpo, identifiquen cualquier área de tensión y descansen los músculos tensos. La inducción de relajación muscular progresiva se conduce durante las sesiones y se graba en cintas de audio para practicar en la casa entre sesiones.

Lecturas recomendadas

- Davis, M. E., Eschelman, E., McKay, M. (1995). *The relaxation and stress reduction workbook* (4th. ed.). Oakland, California: New Harbinger.
- Smith, J. C. (1999). *ABC relaxation training: A practical guide for health professionals*. New York: Springer Publishing Co.

DESENSIBILIZACIÓN DE AUTOCONTROL

La desensibilización de autocontrol es una variante de la desensibilización sistemática, procedimiento de reducción de ansiedad que implica que un individuo bien relajado imagine una serie gradual de situaciones cada vez más angustiantes. Esta técnica primero enseña al individuo a cobrar mayor conciencia de sus grados de ansiedad mediante la escala SUDS. De forma similar a la exposición imaginaria, el terapeuta lee en voz alta una serie de situaciones que provocan cada vez más ansiedad y que fueron previamente identificadas como pertinentes para un paciente determinado. Sin embargo, a diferencia de la exposición, la desensibilización de autocontrol implica primero enseñar al paciente técnicas de relajación (p. ej., relajación muscular progresiva). Mientras el paciente se encuentra relajado, se le indica que imagine una escena de las menos provocadoras de ansiedad; cuando siente angustia, el terapeuta le indica que practique de nuevo la autorrelajación. Dicho proceso continúa hasta que la situación deje de provocar ansiedad. Después se avanza en la jerarquía de situaciones. En teoría, la ansiedad es “contracondicionada” o se extingue.

La desensibilización de autocontrol concibe el procedimiento como un entrenamiento de habilidades de afrontamiento. De acuerdo con esta perspectiva, el paciente que experimenta ansiedad aprende a relajarse cuando se angustia. Así, el protocolo de esta técnica permite practicar el afrontamiento de la ansiedad. Una diferencia de procedimiento importante respecto de la variante de autocontrol es el hincapié en la relajación como habilidad de afrontamiento, mediante la cual los pacientes aprenden a usar dichas habilidades en situaciones de la vida real, además de las sesiones de desensibilización de autocontrol en el consultorio del terapeuta.

Lecturas recomendadas

- Goldfried, M. R., Davison, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy* (expanded edition). New York: Wiley.

CONCENTRACIÓN SENSORIAL

La concentración sensorial es una de las estrategias básicas en la terapia sexual. En esencia, este procedimiento destaca una conciencia elevada de las sensaciones placenteras asociadas con las actividades sexuales y la manera de concentrarse en ellas. La concentración sensorial enseña a los individuos a poner más atención al proceso de la intimidad sexual (p. ej., contactos, aromas) que al resultado de una interacción sexual (p. ej., erección, orgasmo). Así, reduce las preocupaciones y angustia por el desempeño.

Al principio, se indica a la pareja en terapia sexual que evite de manera deliberada el coito con el fin de reducir las expectativas y presiones negativas (p. ej., “¿voy a lograr tener una erección?”). Después, el foco de atención se dirige más en dar y recibir placer sensual. Un primer paso sería hacer que la pareja se acariciara y besara, pero no en áreas relacionadas con el pecho o los genitales. Se limita a la pareja a este conjunto de ejercicios aunque el varón logre una erección completa. La pareja es instruida para que exploren sus cuerpos, que se concentren en lo que se siente dar y recibir placer sexual, y que experimenten. Los ejercicios iniciales incluso pueden indicar hacer lo anterior con la ropa puesta.

A partir de la suposición de que ambos miembros de la pareja disfrutaron los ejercicios iniciales, el siguiente paso es continuar los tocamientos mutuos, pero ahora también en las áreas genitales. Un tercer paso es la “contención vaginal”, en el que, sin importar si el pene está flácido o erecto, entre ambos lo insertan en la vagina. Aún no tiene lugar el coito real. Una vez que ambos se sienten relajados y disfrutan esta fase, continúan para completar el coito. Se aconseja a la pareja que se concentre en la sensualidad y placer del acto, y no en su resultado (p. ej., erección sostenida, orgasmo).

Lecturas recomendadas

- Masters, W. H., Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Wincze, J. P., Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment* (2nd. ed.). New York: Guilford Press.

ENTRENAMIENTO DE HABILIDADES SOCIALES/ASERTIVIDAD

Las “habilidades sociales” son un concepto amplio que abarca una gran variedad de habilidades y competencias necesarias para interactuar bien con los demás.

Aquí entran las habilidades de asertividad, comunicación, no verbales (p. ej., evitar el contacto visual *versus* mantenerlo), de conversación, para salir en una cita, etc. Las habilidades sociales se aprenden, por lo general, de manera indirecta, e influyen cuando se solicita reforzamiento por parte del ambiente social del individuo. Si son eficaces, es probable que las habilidades sociales sean las responsables del éxito académico, laboral y social del individuo; por otra parte, cuando son deficientes llegan a ser causa de una amplia variedad de problemas de angustia y psicológicos.

Las deficiencias de estas habilidades pueden ser una función de falta de conocimientos; carencia de destreza; falta de motivación; y ausencia de discriminación (es decir, una persona es incapaz de determinar las condiciones en las que ciertos comportamientos son adecuados o inadecuados). De modo que el entrenamiento de habilidades sociales requiere primero una evaluación de la presencia de estos problemas. Después, se dirige a uno o a todos los factores etiológicos anteriores. Las estrategias de intervención reales implican psicoeducación, modelaje, ensayo de comportamientos, retroalimentación y entrenamiento de discriminación. Si la persona da señales de falta de motivación, el terapeuta debe evaluar si esta evasión se relaciona con algún temor.

El entrenamiento asertivo es una forma específica de entrenamiento de habilidades sociales y pretende ayudar a que el individuo sea capaz de obtener aquello a lo que tiene derecho en situaciones sociales sin violar los derechos de los demás. Entre los ejemplos pertinentes se encuentran preguntar a qué se tiene derecho (p. ej., un aumento de sueldo merecido), defender sus derechos (p. ej., pedir a alguien que no se meta en una fila para el cine), negarse a peticiones no razonables (p. ej., decir “no” a un compañero de trabajo si le pide dinero prestado), expresar las opiniones propias de forma adecuada (p. ej., dar una opinión impopular) y expresar diversas peticiones adecuadas (p. ej., decir a un amigo lo que siente por él).

El entrenamiento asertivo es útil para individuos que son *poco asertivos* de forma consistente, con el fin de ayudarlos a mejorar su capacidad de obtener un reforzamiento positivo merecido, así como para quienes suelen ser *agresivos* en situaciones sociales, en la búsqueda de disminuir el efecto negativo que ejercen en los demás. Los comportamientos asertivos y agresivos quizá logren el mismo objetivo, pero el segundo por lo general implica violar los derechos de otra persona. Además de los factores etiológicos relacionados con carencias ya descritos, la falta de asertividad también puede ser consecuencia de diversas distorsiones cognitivas (p. ej., “no me merezco un aumento porque no soy tan eficiente”, “no hay problema si esa persona se mete en la fila; tal vez tenga cosas más importantes que hacer”). Así, el entrenamiento de asertividad adopta la forma de compensación de carencias de conocimiento o proeficiencia, así como de disminución de suposiciones erróneas.

Lecturas recomendadas

- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Paterson, R. J. (2001). *The assertiveness workbook: How to express your ideas and stand up for yourself at work and in relationships*. Oakland, California: New Harbinger.

VISUALIZACIÓN E IMÁGENES GUIADAS

La visualización y las imágenes guiadas son estrategias conductuales de manejo del estrés y reducción de ansiedad que destacan el empleo de la propia imaginación o “visión mental”. Tales estrategias fomentan sentimientos de relajación al hacer que los individuos elaboren imágenes sedantes y placenteras en la mente. Al proporcionar una inducción que implica diversos estímulos para los cinco sentidos (vista, olfato, tacto, gusto y oído), el terapeuta aumenta la sensación de relajación. Así, por ejemplo, el paciente crea un lugar seguro, relajante y apacible para “ir de vacaciones en su mente”; los lugares comunes seguros y relajantes son la playa, una cabaña en el campo o yacer en un velero. El terapeuta ayuda a que el paciente cree una imagen muy vívida con una voz sedante y detalles que guíen e intensifiquen la experiencia sensorial (p. ej., “sienta la suave brisa que acaricia su rostro conforme inhala y huele, con lentitud, el aire”, “toque las suaves hojas de los piñones en el suelo y escuche los cantos de las aves a la distancia”). Quizá el terapeuta grabe estas inducciones y solicite al paciente que las oiga cuando practique la creación de un “lugar seguro”, a fin de inducir un estado de relajación fuera de las sesiones.

La visualización también sirve para aumentar la motivación al crear escenas futuras de afrontamiento exitoso con situaciones estresantes o de vivir sin una sintomatología negativa. También ha demostrado su eficacia para que los pacientes reduzcan su propio dolor (p. ej., “imagine que el dolor se disuelve poco a poco”) o afrontar con más eficiencia diversos trastornos médicos, como el cáncer (p. ej., “imagine a unos soldaditos que combaten a las células cancerosas”).

Lecturas recomendadas

- Naparstek, B. (1995). *Staying well with guided imagery*. New York: Warner Books.

Nota: los números de página en negritas indican cuadros y en cursivas corresponden a figuras.

A

Abuso

- conyugal, 244
- de alcohol y drogas, 263
- de sustancias, 211
- sexual, 227

Accident Fear Questionnaire, 177

Acomodación desadaptativa, 179

Acrophobia Questionnaire, 86

Actitud

- negativa, 224
- positiva, 262

Activación

- conductual, 73
- fisiológica, 254

Adult Trait Hope Scale, 203

Afrontamiento desadaptativo, 179, 237

Agorafobia, 84, 140

Agoraphobic

Cognitions Questionnaire, 104

Self-Statements Questionnaire, 105

Agresión, 251

Albany Panic and Phobia Questionnaire, 102

Alucinaciones, 101

Ambiente invalidatorio, 200

Ambivalencia, 243

Análisis funcional culturalmente informado, 20

Anger

Situation Questionnaire, 252

Symptom Scale, 252

Angustia

- de pareja, 231
- futura, 100
- marital, 74
- marital/relación conflictiva, 226

Ánimo iracundo, 254

Anorexia nervosa, 120, 157

Ansiedad

- elementos,
 - cognitivos, 83
 - conductuales, 83
 - fisiológicos, 83
- manejo de, 179
- respuesta de, 83
- significativa, 100
- social, 24, 32, 139
- técnica de reducción de, 89

Anxiety

Disorders Interview Schedule for DMS-IV: Lifetime Version, 85, 102, 121, 141, 158

Sensitivity

Index-Revised, 103

Profile, **104**

Scale, 103

Anxious Thoughts Inventory, 123

Areas of Change Questionnaire, 232

Asimilación desadaptativa, 179

- Ataques de nervios, 114
 Atención selectiva, 4
 Autodeclaraciones al hablar en público, 146
 Autodiálogo guiado, 181
 Autoesquemas
 disfuncionales, 68, 147
 negativos, 180
 Autoevaluación, 71
Automatic Thoughts Questionnaire-Revised, 68
 Automonitoreo, 71, 121, 127, 158
 Autorrefuerzo, 71
 Autorregulación, 235
 Autosupervisión, 205
 de Comportamiento Parasuicida, 203
 de episodios de ira, 257
 Autotranquilizantes, 183
- B**
- Barlow, D. H., 143, 223
 Beck, A. T., 67, 146
Beck Depression Inventory, 66
 Becker, R. E., 74
Behavioral Avoidance Test (BAT), 87, 109, 128, 144, 165, 177
Role-Play Response to Anger Vignettes, 252
 Benzodiacepinas, 132
 Beutler, 74
Blood-Injection Symptom Scale, 90
 Body
 Sensation,
 Interpretation Questionnaire, 104
 Questionnaire, 107
 Vigilance Scale, 107
Borderline Personality Disorder Scale, 207
Severity Index, 197
 Borkovec, T.D., 127
 Brief
 Anger-Aggression Questionnaire, 252
 Social Phobia Scale, 142
 Symptom Inventory, 198
 Bulimia, 157
Buss-Durke Hostility Inventory, 252
- C**
- Carroll Depression Scale-Revised*, 66
 Caso cognitivo-conductual, 13
Center for Epidemiological Studies Depression Scale, 66
 Christensen, A., 240
 Ciclo de respuesta sexual, 217
 Cintas de audio, 166
 Citrato de sildenafil, 218
Claustrophobia Questionnaire, 86
 Clark, D.M., 146
Clinician-Administered PTSD Scale, 174
 Cogniciones disfuncionales, 223
Cognitive Triad Inventory, 68
 Coito, 223
 exitoso, 223
Communication Patterns Questionnaire, 236
Compassionate and Accepting Relationships Through Empathy (CARE), 244
 Comportamiento
 adaptativo, 235
 agresivo, 249
 autodestructivo, 202
 de crisis, 184
 destrutivo, 184
 evitativo, 127
 neutralizador manifiesto, 163
 parasuicida, 202
 sexual, 227
 suicida, 184
 Compulsión, 156
Compulsive Activity Checklist, 163
 Comunicación deficiente, 226
 Concentración sensorial, 222
 Conducta
 parasuicida, 194
 positiva, 234
 Conflict
 Resolution Inventory, 260
 Tactics Scale, 232, 244, 260
 Conjunto de cadenas conductuales, 16
 Consecuencias sociales, 27
 efectos a corto plazo, de las 27
 minimizar los efectos, de las
 negativos, 27
 positivos, 27
Consequences of Worrying Scale, 124
 Control
 de estímulos, 127, 226
 respiratorio, 91, 108
Cook-Medley Hostility Scale, 253
Coping with Depression, 72
 Coyne, J.C., 73
Crime Related Post-Traumatic Stress Disorder Scale, 175
 Crisis de angustia, 109
 futuras, 100
 inducidas por la relajación, 108
 Cuestionario
 Albany de Angustia y Fobia, 102
 de Acrofobia, 86

de Agresión e Ira, 252
 de Áreas,
 de Cambio, 232
 de la Preocupación, 122
 de Atribución de la Relación, 239
 de Autocontrol, 71
 de Autodeclaraciones Agorafóbicas, 105
 de Claustrofobia, 86
 de Cogniciones,
 Agorafóbicas, 104
 Dentales, 91
 de Creencias,
 acerca de la Fobia a las Arañas, 92
 obsesivas, 161
 de Crisis de Angustia-Revisado, 103
 de Disposición para el Cambio, 201
 de Frecuencia del Autorrefuerzo, 72
 de Interpretación,
 de la responsabilidad, 161
 de Sensaciones Corporales, 104
 de Mutilación, 91
 de Patrones de Comunicación, 236
 de Pensamientos Automáticos-Revisados, 68
 de Preocupación de *Penn State*, 122
 de Sensaciones Corporales, 107
 de Síntomas de Depresión y Desesperanza, 203
 de Situación de Ira, 252
 de Sucesos Traumáticos, 175
 de Vida, 175
 de Temor,
 a accidentes, 177
 a las Arañas, 86
 Obsesivo-Compulsivo, 159
 para el Trastorno de Ansiedad Generalizada,
 122
 para Monitoreo de Sucesos Estresantes de Vi-
 da, 175
 Cyranowski, J.M., 223

D

Daily Mood Record, 103
Davidson Trauma Scale, 175
 Delirios, 101
 Demencia, 64
 Dental
 Anxiety Inventory, 86
 Cognitions Questionnaire, 91
 Depresión, 63, 101, 157
 afrentamiento de la, 72
 grave, 3
Depression Anxiety Stress Scale, 122
Derogatis Sexual Functioning Inventory, 219
 Deseo sexual hipactivo, 217

*Diagnostic
 and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth
 Edition, Text Revision (DSM-IV-TR)*, 18, 63, 83
Interview for Personality Disorders, 197
 Diálogo socrático, 162
 Diario de supresión de pensamientos, 166
 DiGiuseppe, R., 249, 251
 Disfunciones sexuales, 217
 Dispareunia, 217
Dissociative Symptoms Scale, 207
 Distimia, 121
 Distorsiones cognitivas, 19, 91
 Distracción, 107
Dyadic Adjustment Scale, 232
*Dysfunctional
 Attitude Scale*, 68
Thought Record, 105, 161, 180, 238

E

Eating Symptoms Inventory, 198
 EER (exposición y prevención de la respuesta), 164
 Elaboración del plan de tratamiento, 44
 Eells, T.D., 13
 Emoción predominante, 180
 Empatía, 242
 Encuesta
 de Actitud Marital, 239
 de Temores Médicos, 86
 Enfermedad bipolar, 64
 Ensayos
 conductuales, 111, 129, 166, 181, 239
 disfrazados, 183
 Entrenamiento
 adicional de tolerancia, 243
 autoinstruccional, 111, 147
 de asertividad, 236
 de expresividad emocional, 237
 de habilidades,
 de asertividad, 210
 de comunicación, 210, 236
 sociales, 148
 de inculcación de estrés, 182, 206
 de manejo afectivo, 183
 de relajación, 107, 131, 145, 206, 255
 en higiene para dormir, 131
 Entrevista
 Clínica Estructurada para Trastornos
 de Eje I del DSM-IV-TR, 174
 de la Personalidad del Eje II del DSM-IV,
 197
 de Escala de Síntomas de TEPT, 174
 de Historia Parasuicida, 203
 de Hostilidad Interpersonal, 252

- de Trastorno de la Personalidad, 197
- Diagnóstica para Trastornos de la Personalidad, 197
- Estructurada para Evaluación del Miedo, 85
- Estructurada para TEPT, 175
- Estructurada para Trastornos,
 - de Angustia Extrema, 175
 - de Ansiedad del DSM-IV: Versión a lo largo de la Vida, 85, 102, 141, 158
- Revisada de Diagnóstico para Límites, 197
- semiestructurada, 221, 225
- Episodios
 - depresivos, 64
 - mayores, 63
 - maníacos, 64
- Erosión del reforzamiento, 231
- Errores
 - cognitivos, 67
 - del razonamiento clínico, 3
- Escala
 - Análogo-Visual, 203
 - de los Estados de Ánimo, 66
 - Breve,
 - de Fobia Social, 142
 - de Monitoreo para TEPT, 176
 - de Actitudes,
 - Disfuncionales, 68
 - hacia responsabilidad, 161
 - de Ajuste,
 - Diádico, 232
 - Social, 73
 - de Angustia y Agorafobia, 102
 - de Ansiedad,
 - Depresión en Hospital, 66
 - Social de Liebowitz, 142
 - de Causas de la Preocupación, 124
 - de Clasificación de la Evitación Fóbica, 109
 - de Consecuencias de la Preocupación, 124
 - de Control y Autoexpresión, 253
 - de Depresión,
 - Ansiedad y Estrés, 122
 - de Carroll-Revisada, 66
 - de Zung, 66
 - del Centro para Estudios Epidemiológicos, 66
 - Geriátrica, 66
 - de Diagnóstico Postraumático, 176
 - de Esquemas Sexuales del Sí mismo, 224
 - de Evitación,
 - Angustia Social y, 142
 - conductual, 128
 - de Fobia Social, 142
 - de Gravedad del Trastorno de Angustia, 102
 - de Hamilton para la Depresión, 65
 - de hostilidad de Cook-Medley, 253
 - de Ideas Sobrevaloradas, 158
 - de interacción de ansiedad social, 142
 - de intolerancia a la incertidumbre, 126
 - de Ira de Novaco, 253
 - de Manejo de afecto y diferencias, 236
 - de Maniobras de Seguridad de Texas, 109
 - de Mississippi para el TEPT, 175
 - de Personalidad Límite, 207
 - de Preocupación para Adultos Mayores, 122
 - de Rasgos de Esperanza para Adultos, 203
 - de Sensibilidad a la Ansiedad, 103
 - de Síntomas,
 - de Ira, 252
 - Disociativos, 207
 - Sangre-Inyección, 90
 - de Tácticas de Conflicto, 232, 244, 260
 - de Temor a Viajar en Avión, 86
 - de TEPT,
 - Administrada por el Clínico, 174
 - de Purdue-Revisada, 176
 - de TEPT de Keane del Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota-2, 175
 - de Trastorno por Estrés Postraumático Relacionado con el Crimen, 175
 - de Trauma de Davidson, 175
 - de Unidades Subjetivas de Angustia, 87, 128, 144, 177
 - de Vigilancia Corporal, 107
 - del impacto de eventos, 177
 - del Trastorno,
 - Límite de la Personalidad, 207
 - Obsesivo-Compulsivo de Yale-Brown, 158
 - Subjetiva de Unidades de Angustia, 222
 - Esquemas sexuales del Sí mismo, 223
 - Esquizofrenia, 101, 173
 - Estado de ánimo,
 - adverso, 160
 - depresivo, 64
 - perturbación del, 195, 226
 - Estímulos, control de, 127, 226
 - Estrategia(s)
 - de búsqueda de confirmación, 4
 - de la gráfica de pastel, 162
 - de terapia dialéctica conductual, 203
 - heurísticas,
 - de anclaje, 4
 - de juicio, 51
 - de juicios y prejuicios, 51
 - de prejuicios, 51
 - interpersonales, 130
 - teórica, 18
 - Estrés
 - conductual, 38

cotidiano general, 132
 disminuir el, 112, 243
 general, 166
 postraumático, 84
 Evaluación
 del trastorno, 244
 fisiológica, 177
 Evitación
 conductual, 129
 de angustia interna, 128
 experiencial, 127
 supersticiosa percibida, 127
 Examen Internacional para Trastornos de la Personalidad, 197
 Exposición
 prolongada (inundación), 178
 virtual, 178
 Expresión emocional, 237
 Eyaculación precoz, 217

F

Fear

of Flying Scale, 86
of Negative Evaluation (FNE), 146
of Spiders Questionnaire, 86
Survey Schedule, 85

Filosofía de multiplicidad relevante planeada, 15
Flashbacks, 173

Fobia

a animales, 84
 ambiental, 84
 de sangre/inyección/daño (SID), 83, 84, 86
 dental, 86
 específica, 83, 101, 156
 situacional, 84, 86
 social, 101, 120, 139, 156

Formato de evaluación de la personalidad, 198

Formulación de caso cognitivo-conductual, 13

Frecuencia y Aceptación del Comportamiento de la Pareja, 241

Frequency

and Acceptability of Partner Behavior, 241
of Self-Reinforcement Questionnaire, 72

Fusión acción-pensamiento, 161

G

Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV, 122

Geriatric Depression Scale, 66

Goff, B.C., 202

Goldfried, M.R., 22, 131

Gotlib, I.H., 72

Guía de tratamiento para pacientes ambulatorios, 51

H

Habilidades

adaptativas de afrontamiento, 182
 de actividad, 211
 de asertividad, 260
 de autocontrol, 70
 de comunicación, 260
 de inoculación de ira, 261
 de manejo de conflictos, 261
 de placer, 211
 de resolución de problemas, 69, 208
 del manejo del tiempo, 132
 interpersonales, 73, 209
 para perdonar, 258
 sociales, 73, 166, 261
 deficientes, 73
 desadaptativas, 73
 inadecuadas, 73
 insuficientes, 73

Hamilton Rating Scale for Depression, 65

Haynes, S.N., 14, 22

Hierarchy of Avoidant Situations, 165

Hipersensibilidad, 195

Hiperventilación, 107

Hipocondría, 84, 120

Hipocondriasis, 157

Hipótesis comprobables, 33, 48

Hopelessness Depression Symptom Questionnaire, 203

Hormonas, 255

Hospital Anxiety and Depression Scale, 66

Hostilidad, 251

I

Ideación

sobrevalorada, 167

suicida, 74, 202

Ideas disfuncionales, 145, 179, 238

Imágenes

positivas guiadas, 93

sexuales, 156

Impact of Events Scale, 177

Impulsos

agresivos, 156

aterrorizantes, 156

Índice

de Gravedad del Trastorno Límite de la Personalidad, 197

de Sensibilidad a la Ansiedad-Revisado, 103

Internacional del Funcionamiento Eréctil, 222

Información nomotética, 1

Initial Fear Evaluation for Patients, 85

Insomnio, 184

- Intercambio conductual, 234
- International*
- Index of Erectile Functioning*, 222
 - Personality Disorder Examination*, 197
- Interpersonal*
- Events Schedule*, 73
 - Hostility Interview*, 252
- Interpretation of Intrusions Inventory*, 161
- Intervenciones basadas en la esperanza, 204
- Intolerance of Uncertainty Scale*, 126
- Intolerancia a la incertidumbre, 125, 161
- Inventario
- Breve de Síntomas, 198
 - de Ansiedad Dental, 86
 - de Autocontrol de Rosenbaum, 71
 - de Creencias en la Relación, 239
 - de Culpa Relacionada con el Trauma, 180
 - de Depresión de Beck, 66
 - de Estado-Rasgo de Expresión de la Ira, 253
 - de Estándares Específicos de la Relación, 238
 - de Estatus Marital, 232
 - de Evaluación de la Personalidad, 198
 - de Eventos,
 - Interpersonales, 73
 - Placenteros, 72
 - de Fobia,
 - Ansiedad Social y, 142
 - Social, 142
 - de Funcionamiento Sexual de Derogatis, 219
 - de Hostilidad de Buss-Durke, 252
 - de interpretación de intrusiones, 161
 - de la Triada Cognitiva, 68
 - de Movilidad para la Agorafobia, 109
 - de Penn para TEPT, 176
 - de Personalidad Multifásico de Minnesota (MMPI), 253
 - de resolución,
 - de conflictos, 260
 - de problemas sociales-revisado, 209
 - de Satisfacción,
 - de Necesidades, 241
 - Marital-Revisado, 232, 244
 - de Síntomas,
 - de la Alimentación, 198
 - de Trauma, 176
 - de Solución de Problemas, 70
 - Sociales-Revisado, 70
 - de Trastornos Afectivos y Esquizofrenias, 66
 - Multiaxial de Millon, 198
 - Obsesivo-Compulsivo, 159
 - de Maudsley, 159
 - Padua: Revisiones de la Universidad Estatal
 - de Washington, 159
 - personal de asertividad, 259
- Inventory of Specific Relationship Standards*, 238
- Ira, 249, 251
 - clasificación subjetiva de, 255
 - verbal, 250
- Issues Checklist*, 232
- J**
- Jacobson, N.S., 73
- Jerarquía de Situaciones Evitadas, 165
- Johnson, V.E., 222
- Juicio
 - de disponibilidad, 3
 - de representatividad, 4
- K**
- Kahnermann, D., 6
- Kanfer, F.H., 5
- Keane PTSD Scale of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2*, 175
- Kendall, P.C., 19
- Kessler, R.C., 64
- Kim, S.A., 202
- L**
- Lam, K., 20
- Leahy Anxiety Checklist*, 130
- Leahy, R.L., 125
- Lewinsohn, P.M., 72
- Linehan, M.M., 194, 199, 209
- Liebowitz Social Anxiety Scale*, 142
- Lista
 - de Actividad Compulsiva, 163
 - de Ansiedad de Leahy, 130
 - de observación conyugal, 234
 - de Problemas, 232
 - de TEPT, 176
 - de TLP, 198
- M**
- Malingering*, 173
- Managing Affect and Differences Scale*, 236
- Manejo de la ansiedad, 179
- Mapa
 - clínico de patogénesis (MCP), 28, 31, 53, 54, 220
 - de quien padece ansiedad social, 31
 - validación social del, 33
 - valoración de la validez del, 33
 - variables biológicas, 29
 - variables cognitivas, 29

- variables conductuales, 29
 variables de antecedentes, 29
 variables de consecuencia, 30
 variables de respuesta, 29
 variables distantes, 28
 variables emocionales, 29
 variables organísmicas, 29
 variables social/étnica/cultural, 29
 de alcance de metas (MAM), 45, 55, 220
 de quien padece ansiedad social, 47
 del tratamiento, 45
 resolución de problemas para validez del, 49
 resumen de información para el, 56
 valoración de la validez del, 46
- Marco
 cognitivo-conductual, 6
 de causalidad múltiple, 15
 multidimensional de evaluación, 19
- Masters, W.H., 222
- Marital
Attitude Survey, 239
Satisfaction Inventory-Revised, 232, 244
Status Inventory, 232
- Maudsley Obsessional Compulsive Inventory*, 159
- McCann, I.L., 179
- McLean, P., 74
- Medical Fear Survey*, 86
- Medición de Atribución de la Relación, 239
- Meditación de ampliación de conciencia, 205, 256
- Metacogniciones desadaptativas, 123
- Método
 de lluvia de ideas, 24
 principio de aplazamiento de juicio, 24
 principio de cantidad, 24
 principio de estrategias-tácticas, 24
 de *Role-play*, 252
- Michigan Alcohol Screening Test*, 198
- Miedo al miedo, 104
- Millon Multiaxial Inventory*, 198
- Mississippi Scale for PTSD*, 175
- Mobility Inventory for Agoraphobia*, 109
- Modelo
 cognitivo de depresión predominante, 67
 de mapa clínico de patogénesis, 54
 de resolución de problemas,
 aplicación del, 13–35, 15
 calcular la probabilidad de alcanzar una meta, 25
 definición de problemas, 17
 guías de búsqueda del, 18
 identificar resultados finales, 17
 identificar resultados instrumentales, 18
 objetivos, 13
 para generar opciones, 23
 para la diseño del tratamiento, 6
 para la formulación de casos, 6
 probabilidad de alcanzar una meta, 25
 resultados finales e instrumentales, 14
 toma de decisiones, 25
 valorar resultados de la solución, 27
- Morokoff, P.J., 223
- Mutilation Questionnaire*, 91
- N
- Need Fulfillment Inventory*, 241
- Nolen-Hoeksema, S., 75
- Novaco Anger Scale*, 253
- O
- Observaciones clínicas, 259
- Obsesión, 156
- Obsessional Beliefs Questionnaire*, 161
- Obsessive Compulsive Inventory*, 159
Questionnaire, 159
- O'Brien, W.H., 14, 22
- Opción
 consecuencias de una, 26
 valor de una, 26
- Orientación del problema, 6
- Öst, L.G., 88
- Overvalued Ideas Scale*, 158
- P
- Padua Inventory—Washington State University Revisions*, 159
- Panic
 and *Agoraphobia Scale*, 102
Attack,
Questionnaire-Revised, 103
Record, 107
Disorder Severity Scale, 102
- Paranoia, 150
- Paranoide, 150
- Parasuicide History Interview*, 203
- Paul, G.L., 3, 5
- Pearlman, L.A., 179
- Penn Inventory for PTSD*, 176
State Worry Questionnaire, 122
- Pensamiento(s)
 autofrustrantes, 39
 automáticos,
 distorsionados, 124

negativos, 68, 147
científico, 51
detención de, 182
diario de supresión de, 166
disfuncional, 67
esperanzadores, 204
intrusivos, 223, 224
mágico, 109
necesidad de controlar los, 160
registro de, 224
sobrestimación de los, 160
suspizac, 195
Pepper, S.C., 8
Perfeccionismo, 161
Perfil de la Sensibilidad a la Ansiedad, 104
Personal Assertion Inventory, 259
Personalidad, 172
obsesivo-compulsiva, 157
Personality Assessment,
Form, 198
Inventory, 198
Disorder Interview, 197
Perturbación del estado de ánimo, 226
Pesadillas, 184
Phillips, J.S., 5
Phobic Avoidance Rating Scale, 109
Pleasant Events Schedule, 72
Posttraumatic Diagnostic Scale, 176
Prevention and Relationship Enhancement Program
(PREP), 244
Problem-Solving Inventory, 70
Problemas
conductuales, 19
de ira, 249
orientación de, 6
proceso de resolución de, 6
resolución racional de, 7
Proceso de resolución de problemas, 6
Proctor, E.K., 13
Programa de actividades placenteras, 235
Prueba
de Alcohol de Michigan, 198
de autodeclaraciones de interacción social, 146
de Comportamiento de Evasión, 109
de Conducta de Evitación, 177
de Evitación Conductual, 87, 144, 165
de Interacción en Situaciones Sociales, 142
Psicoeducación, 181, 184, 201, 221
Psicopatología individual, 243
PTSD
Checklist, 176, 198
Symptom Scale-Interview, 174
Purdue PTSD Scale-Revised, 176

R

Razonamiento clínico, errores del, 3
Readiness to Change Questionnaire, 201
Realidad virtual (RV), 89
Recomposición, 240
Recuento de comportamientos rituales, 163
Reestructuración cognitiva, 39, 68, 92, 124, 147,
162, 180, 204, 207, 224, 239, 258
distintos métodos para aplicar la, 39
Registro
de Crisis de Angustia, 107
de Pensamientos, 224
Disfuncionales, 105, 161, 180, 238
Diario de Estado de Ánimo, 103
Relaciones
extramaritales, 244
interpersonales, 184
maritales, 74
Relajación
aplicada, 89
Relationship Attribution,
Measure, 239
Questionnaire, 239
Belief Inventory, 239
Resick, P.A., 181
Resolución racional de problemas, 7
Responsabilidad, 160
exagerada, 161
Responsibility Attitude Scale, 161
Interpretation Questionnaire, 161
Respuestas
de ansiedad, 83
nerviosas simpáticas, 143
Resultado
final, 26
instrumental, 26
Retroalimentación correctiva temprana, 15
Robinson, 72
Roemer, L., 125
Role-playing, 183, 209
semiestructurado, 236
Rosen, A., 13
S
Salud
física general, 75
sexual, 227
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, 66
Schnicke, M.K., 181
Seiden, D., 20

Self-Control

- Questionnaire, 71
 - Schedule, 71
 - Self-Expression and Control Scale, 253
 - Self-Monitoring, 121, 158
 - of Parasuicidal Behavior, 203
 - Self-Statements During Public Speaking (SSPS), 146
 - Seligman, M.E.P., 68
 - Sexual
 - Dysfunction Scale, 220
 - Opinion Survey, 221
 - Self-Schema Scales, 224
 - Shadish, W.R., 14
 - Short Screening Scale for PTSD, 176
 - Sintomas depresivos, 167
 - Skinner, B.F., 72
 - Sobrestimación
 - de la amenaza, 161
 - de pensamientos, 160
 - Social
 - Adjustment Scale, 73
 - Anxiety Interaction Scale, 142
 - Avoidance and Distress Scale, 142
 - Interaction Self-Statement Test (SISST), 146
 - Phobia,
 - and Anxiety Inventory, 142
 - Inventory, 142
 - Scale, 142
 - Problem-Solving Inventory-Revised, 70, 209
 - Situations Interaction Test, 142
 - Spider Phobia Beliefs Questionnaire, 92
 - Spouse Observation Checklist, 234
 - State-Trait Anger Expression Inventory, 253
 - Stressful Life Events Screening Questionnaire, 175
 - Structured
 - Clinical Interview for DSM-IV Axis,
 - I Disorders, 174
 - II Personality Disorders, 197
 - Interview,
 - for Disorders of Extreme Distress, 175
 - for PTSD, 175
 - Subjective Units of Distress Scale (SUDS), 87, 128, 144, 177, 222
 - Sueño, perturbaciones del, 131, 184
 - Suposiciones
 - desadaptativas, 68, 147
 - distorsionadas, 68, 147
 - negativas, 180
- T**
- Tanaka-Matsumi, J., 20
 - Tasas de refuerzo positivo, 72
 - Técnica(s)

- cognitivas de afrontamiento, 224
- de la flecha descendente, 162
- de meditación, 256
- del hablante-escucha, 236
- del sorteo, 234
- del tiempo fuera, 236
- Temores
 - agorafóbicos, 100
 - de valoración negativa, 146
- Teoría del intercambio social, 233
- Terapeuta, 234
 - cognitivo-conductual, como solucionador de problemas, 1, 5
- Terapia
 - cognitiva (TC), 69
 - de Beck, 258
 - focal (TCF), 106
 - cognitivo-conductual (TCC), 1, 51, 255
 - conductista marital tradicional, 234
 - de aceptación y compromiso (TAC), 125, 202
 - de ampliación de conciencia, 125
 - de autocontrol, 71
 - de dominio guiado, 111
 - de eficiencia social (TES), 148
 - de exposición, 88, 110, 129, 144, 255
 - de canales múltiples, 178
 - de grupo, 148
 - de inoculación de estrés, 224
 - de pareja, 233
 - conductual integrativa, 241
 - de procesamiento cognitivo, 181, 208
 - de resolución de problemas (TRP), 69, 70, 71, 125, 126, 147, 163, 183, 204, 208, 209, 225, 237, 258, 260
 - dialéctica, 184
 - conductual, 199, 202, 209
 - emotivo-racional, 105, 147
- Texas Safety Maneuver Scale, 109
- The Revised Diagnostic Interview for Borderlines, 197
- Thought-Action Fusion, 161
- Trastorno(s)
 - antisocial de la personalidad, 195, 196
 - bipolar, 64, 201
 - comórbidos, 196
 - de ajuste, 173
 - de alimentación, 157
 - de angustia (TA), 84, 99, 140, 156
 - con agorafobia (TAA), 99
 - de ansiedad, 159
 - generalizada (TAG), 18, 101, 119, 140, 157
 - de Asperger, 157
 - de estrés,
 - extremo, 173
 - posttraumático, 22

- de Guilles de la Tourette (TGT), 158
- de la erección (TE), 217
 - debido a factores combinados, 219
- de manera,
 - distante, 15
 - próxima, 15
- de personalidad, 194
 - obsesivo-compulsiva, 157
 - por dependencia, 158, 195
 - por evitación, 141, 158, 196
- de somatización, 120
- del Eje I, 157, 249
- del estado de ánimo, 120, 158
 - inducido por sustancias, 64
- delirante, 84
- depresivo,
 - de la personalidad, 196
 - mayor (TDM), 64, 121
 - no especificado, 64
- dismórfico corporal, 157
- distímico, 64
- esquizoafectivo, 64
- esquizoide de la personalidad, 141
- explosivo intermitente, 249
- generalizados del desarrollo, 141, 157
- histriónico de la personalidad, 195
- límite de la personalidad (TLP), 193
- narcisista de la personalidad, 195
- obsesivo-compulsivo (TOC), 84, 101, 120, 155, 173
 - de la personalidad, 196
- orgásmico masculino, 217
- pasivo-agresivo de la personalidad, 196
- por aversión al sexo, 217
- por estrés postraumático (TEPT), 84, 101, 120, 171
 - complejo, 173
- psicóticos, 157, 173
- psiquiátricos, 139, 193
- sexuales, 217
- unipolar, 64
- Tratamiento
 - cognitivo-conductual, 37
 - alcance de metas especificadas, 42
 - aplicar una estrategia particular, 43
 - cálculos del valor de una estrategia, 43
 - consecuencias a corto y largo plazos, 44
 - consecuencias personales, 43
 - consecuencias sociales, 44
 - diseño del, 37
 - generar opciones, 39
 - metas del diseño del, 37
 - orientación del problema, 38
 - probabilidad de aplicación óptima, 42
 - toma de decisiones, 41
 - valoración de resultados, 45
 - marital/de pareja, 226
 - para pacientes ambulatorios, 51
 - Trauma Symptom Inventory*, 176
 - Trauma-Related Guilt Inventory*, 180
 - Traumatic
 - Events Questionnaire*, 175
 - Life Events Questionnaire*, 175
 - Triada cognitiva, 67
 - Tricotilomanía, 157
 - Tversky, A., 6
- U**
- Unión con empatía, 242
- V**
- Valoración Inicial de Temores para pacientes, 85
- Variables
 - dependientes (VD), 14
 - independientes (VI), 14
 - relacionadas,
 - con el ambiente, 21
 - con el paciente, 19
- Viagra, 218
- Violencia doméstica, 251
- Visual Analog Mood Scales*, 66
- VRI (variable de resultados instrumentales), 55
- W**
- Weissman, M.M., 75
- Wells, A., 146
- Why Worry Scale*, 124
- Worry
 - Domains Questionnaire*, 122
 - Scale for Older Adults*, 122
- Y**
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*, 158
- Z**
- Zung Depression Self-Rating Depression Scale*, 66

Esta obra ha sido publicada por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
y se han terminado los trabajos
de la primera edición el 15 de julio del 2006
en los talleres de
EDAMSA Impresiones S.A. de C.V.,
Av. Hidalgo (antes catarroja) núm. 111.
Col. Fraccionamiento San Nicolás Tolentino, 09850
México, D.F.

1a. edición, 2006

