

El *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1: Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos* comprende 23 capítulos, fundamentalmente prácticos, que presentan directrices y pautas para el tratamiento cognitivo-conductual de numerosos trastornos, englobados bajo las áreas de trastornos por ansiedad, sexuales, somatoformes, disociativos, de control de impulsos, del estado de ánimo y psicóticos. Muchos de los capítulos incluyen un protocolo de tratamiento, donde se describe un programa concreto de intervención para el trastorno psicológico o psiquiátrico correspondiente. Aparte de la presentación de programas de tratamiento para trastornos clásicos dentro de la psicología cognitivo-conductual, como las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo, los trastornos sexuales, la depresión o la esquizofrenia, se incluyen también pautas de intervención para problemas escasamente representados en esta orientación hasta hace poco, como son la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal, el trastorno disociativo de identidad, el juego patológico, la tricotilomanía, los trastornos bipolares o las demencias. El libro pretende ser esencialmente aplicado y ofrecer al profesional de la salud unas primeras orientaciones a la hora de abordar diversos trastornos psicológicos o psiquiátricos. Intervienen en este primer volumen más de 40 especialistas nacionales y extranjeros. Un segundo volumen, de próxima aparición, presentará más programas de tratamiento para otros trastornos no incluidos en este texto. El presente Manual está pensado tanto para los clínicos (psicólogos y psiquiatras) que ejercen su profesión como para los alumnos de los últimos años de la carrera de Psicología y para estudiantes de Psiquiatría.

Vicente E. Caballo es doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid y, en la actualidad, profesor de Psicopatología y Terapia de Conducta en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Asimismo, es director del *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (1991), del *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (2 vols.) (1995/1996) y autor del *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales* (1993), todos ellos en la editorial Siglo XXI. Es fundador y director de la revista *Psicología Conductual* y sus intereses actuales se centran en las técnicas de terapia de conducta, las relaciones interpersonales y los trastornos de la personalidad.

Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 1

Vicente E. Caballo (dir.)

Vicente E. Caballo (dir.)

Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos

Vol. 1

Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos

-523-C943-4



SIGLO XXI

SIGLO XXI

MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Vol. 1: Trastornos por ansiedad,
sexuales, afectivos y psicóticos

TODOS los capítulos que componen el presente manual son originales y han sido escritos (en inglés o español) expresamente para el mismo. Los siguientes capítulos han sido traducidos y adaptados del inglés por V. E. Caballo: Caps. núms.: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 y 23.

por

VICENTE E. CABALLO
(dir.)

SIGLO


ADRIÁN E. YORIS
Lic. en Psicología
MAT. 1076

MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Vol. 1: Trastornos por ansiedad,
sexuales, afectivos y psicóticos

TODOS los capítulos que componen el presente manual son originales y han sido escritos (en inglés o español) expresamente para el mismo. Los siguientes capítulos han sido traducidos y adaptados del inglés por V. E. Caballo: Caps. núms.: 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22 y 23.

por

VICENTE E. CABALLO
(dir.)

SIGLO


ADRIÁN E. YORIS
Lic. en Psicología
MAT 1076



España
México
Argentina

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales o de cualquier otro tipo sin permiso expreso del editor.

Primera edición, enero de 1997
Segunda edición, abril de 2002
Primera reimposición, octubre de 2007
© Siglo XXI de España Editores, S. A.
Menéndez Pidal, 3 bis. 28036 Madrid
www.sigloxxieditores.com
© Vicente E. Caballo
DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY
Impreso y hecho en España
Printed and made in Spain
Diseño de la cubierta: Pedro Arjona
ISBN: 978-84-323-0944-1 (obra completa)
ISBN: 978-84-323-0943-4 (vol. 1)
Depósito legal: M. 46.078-2007
Fotocomposición e impresión: EPCA, S.A.
Parque Industrial «Las Monjas»
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)

ÍNDICE

PRÓLOGO, <i>Hans J. Eysenck</i>	XVII
PREFACIO, <i>Vicente E. Caballo</i>	XIX
RELACIÓN DE AUTORES	XXIII

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

1. FOBIA ESPECÍFICA, <i>Martin M. Antony y David H. Barlow</i>	3
I. INTRODUCCIÓN	3
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA EXPOSICIÓN...	5
III. HALLAZGOS EMPÍRICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS	7
III.1. Espaciamento y duración de las sesiones de exposición	8
III.2. El grado de implicación del terapeuta	9
III.3. La distracción durante las sesiones de exposición	10
III.4. La exposición en vivo <i>versus</i> la exposición en la imaginación	10
III.5. Combinación de otras estrategias con la exposición	10
IV. UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA	11
IV.1. Evaluación inicial y presentación del tratamiento	11
IV.2. La preparación de las prácticas de exposición	14
IV.3. Llevando a cabo las prácticas de exposición	16
IV.4. Las prácticas entre sesiones	17
IV.5. Otras estrategias de tratamiento	18
V. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS	21
REFERENCIAS	21
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	24
2. FOBIA SOCIAL, <i>Vicente E. Caballo, Verania Andrés y Francisco Bas</i>	25
I. INTRODUCCIÓN	25
II. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS	26
III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL	29
III.1. Condicionamiento clásico, operante y vicario	29
III.2. Conciencia pública de uno mismo	30
III.3. Presentación de uno mismo	31
III.4. La vulnerabilidad	31
IV. UN MODELO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA FOBIA/ANSIEDAD SOCIAL	32
V. RESULTADOS EMPÍRICOS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA FOBIA SOCIAL	32

VI. LA EVALUACIÓN.....	35
VI.1. Entrevistas semiestructuradas.....	36
VI.2. Instrumentos de autoinforme.....	36
VI.3. El autorregistro.....	37
VI.4. Medidas conductuales.....	37
VI.5. Medidas fisiológicas.....	38
VII. DESARROLLO DE UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA SOCIAL.....	38
VII.1. Primera sesión.....	39
VII.2. Segunda sesión.....	41
VII.3. Tercera sesión.....	50
VII.4. Cuarta sesión.....	55
VII.5. Quinta sesión.....	61
VII.6. Sexta sesión.....	66
VII.7. Séptima sesión.....	70
VII.8. Sesiones 8 a 13.....	76
VII.9. Sesión 14.....	80
VIII CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS.....	80
REFERENCIAS.....	81
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	86
3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA AGORAFOBIA, <i>Enrique Echeburúa y Paz de Corral</i>	89
I. INTRODUCCIÓN.....	89
II. EVALUACIÓN.....	90
III. TERAPIA DE EXPOSICIÓN.....	93
III.1. Autoexposición.....	93
III.2. Autoexposición con ayuda de psicofármacos.....	97
III.3. ¿Psicofármacos o exposición?.....	100
IV. TÉCNICAS COGNITIVAS Y DE AFRONTAMIENTO POTENCIADORAS DE LA EXPOSICIÓN.....	101
V. CONCLUSIONES.....	103
REFERENCIAS.....	104
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	108
<i>Apéndice 1. Registro de tareas de exposición.....</i>	109
<i>Apéndice 2. Programa de autoexposición en la agorafobia.....</i>	110
4. TRASTORNO POR PÁNICO, <i>Mitchelle G. Craske y Michael R. Lewin</i>	113
I. INTRODUCCIÓN.....	113
II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS DEL TRATAMIENTO.....	115
III. ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	118
IV. EL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	122
IV.1. Sesión 1.....	123
IV.2. Sesión 2.....	124
IV.3. Sesión 3.....	124
IV.4. Sesión 4.....	125
IV.5. Sesión 5.....	127
IV.6. Sesión 6.....	127
IV.7. Sesión 7.....	128

IV.8. Sesión 8.....	129
IV.9. Sesión 9.....	130
IV.10. Sesiones 10-11.....	130
V. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS.....	131
REFERENCIAS.....	132
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	136
5. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LAS OBSESIONES, <i>Mark H. Freeston y Robert Ladouceur</i>	137
I. INTRODUCCIÓN.....	137
II. CUESTIONES DIAGNÓSTICAS.....	138
II.1. Diagnóstico diferencial.....	138
II.2. Comorbilidad.....	138
III. UN MODELO CLÍNICO DE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS.....	139
III.1. Las obsesiones.....	139
III.2. La valoración y la percepción de la amenaza.....	140
III.3. Rituales cognitivos, afrontamiento y neutralización.....	141
III.4. Estado de ánimo y acontecimientos de la vida.....	142
IV. EVALUACIÓN.....	143
V. TRATAMIENTO.....	145
V.1. Características del tratamiento.....	145
V.2. Sesiones de evaluación.....	146
V.3. El autorregistro.....	146
V.4. La primera sesión de intervención.....	147
V.5. La segunda y la tercera sesión.....	150
V.6. Las sesiones de exposición posteriores.....	156
V.7. Las técnicas cognitivas.....	157
V.8. La prevención de las recaídas.....	162
V.9. Tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico combinados.....	163
V.10. La eficacia del tratamiento cognitivo-conductual.....	164
REFERENCIAS.....	165
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	168
6. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO, <i>Millie C. Astin y Patricia A. Resick</i>	171
I. INTRODUCCIÓN.....	171
II. LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE.....	174
II.1. Técnicas para el control de la ansiedad.....	175
III. LA TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL.....	177
III.1. Las técnicas de exposición.....	178
IV. LA TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....	180
IV.1. La terapia de procesamiento cognitivo.....	182
V. EL REPROCESAMIENTO Y LA DESENSIBILIZACIÓN POR MEDIO DE MOVIMIENTOS OCULARES.....	200
VI. DIRECTRICES FUTURAS.....	203

REFERENCIAS.....	204
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	209
7. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA, Michel J. Dugas y Robert Ladouceur.....	211
I. INTRODUCCIÓN.....	211
II. CLASIFICACIÓN.....	212
III. COMORBILIDAD.....	212
IV. EL CONCEPTO DE PREOCUPACIÓN.....	213
IV.1. Temas de preocupación.....	213
IV.2. El preocuparse y la solución de problemas.....	215
IV.3. El preocuparse como conducta de aproximación-evitación.....	216
V. EL CONCEPTO CLÍNICO DE PREOCUPACIÓN EN EL TAG.....	217
VI. ESTUDIOS SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO.....	219
VII. TIPOS DE PREOCUPACIONES.....	221
VIII. EVALUACIÓN.....	223
VIII.1. Entrevistas estructuradas.....	224
VIII.2. Medidas de los síntomas del TAG.....	224
VIII.3. Medidas de variables clave asociadas con el TAG.....	225
VIII.4. Medidas generales de ansiedad y depresión.....	226
IX. ESQUEMA DEL TRATAMIENTO.....	227
X. EL PROCESO DEL TRATAMIENTO.....	227
X.1. Presentación del tratamiento.....	227
X.2. Análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta.....	228
X.3. Intervenciones específicas para la preocupación.....	231
X.4. Reevaluación de la valoración de la preocupación.....	233
XI. LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....	235
REFERENCIAS.....	235
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	240
8. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA, Jerry L. Deffenbacher.....	241
I. INTRODUCCIÓN.....	241
II. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG).....	241
III. EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD: HISTORIA Y FUNDAMENTOS.....	243
IV. EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD: BASE EMPÍRICA.....	244
V. PROCEDIMIENTOS PARA EL EMA INDIVIDUAL.....	246
V.1. Primera sesión.....	248
V.2. Segunda sesión.....	251
V.3. Sesión 3.....	253
V.4. Sesión 4.....	254
V.5. Sesión 5.....	255
V.6. Sesión 6 y siguientes.....	256
VI. PROCEDIMIENTOS DE GRUPO PARA EL EMA.....	257
VII. INTEGRACIÓN DEL EMA CON OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS.....	259
VIII. CONCLUSIONES.....	260
REFERENCIAS.....	260
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	263

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

9. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES, Michael P. Carey.....	267
I. REVISIÓN HISTÓRICA Y ESBOZO DEL CAPÍTULO.....	267
II. LAS DISFUNCIONES SEXUALES.....	268
III. LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS.....	271
III.1. Fundamentos empíricos.....	271
III.2. Fundamentos teóricos.....	275
IV. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL.....	276
IV.1. El papel de la evaluación.....	277
IV.2. Consideraciones preliminares.....	277
IV.3. Componentes de la terapia sexual cognitivo-conductual.....	278
V. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS.....	295
REFERENCIAS.....	296
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	298
10. ENFOQUES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LAS PARAFILIAS: EL TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA SEXUAL, William L. Marshall y Yolanda M. Fernández.....	299
I. INTRODUCCIÓN.....	299
II. TRATAMIENTO.....	301
II.1. Una breve historia.....	301
II.2. Los deseos sexuales excéntricos.....	302
II.3. Los delincuentes sexuales.....	304
II.4. Un programa cognitivo-conductual amplio.....	305
III. LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO.....	322
IV. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS.....	323
REFERENCIAS.....	324
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	331

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

11. UN MODELO DE TERAPIA COGNITIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISOCIATIVO DE IDENTIDAD Y DE PROBLEMAS SIMILARES, Catherine G. Fine.....	335
I. INTRODUCCIÓN.....	335
II. EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISOCIATIVO DE IDENTIDAD: PRINCIPIOS, OBJETIVOS Y ESTRUCTURA.....	336
II.1. Principios de la terapia cognitiva: su aplicación al trastorno disociativo de identidad.....	336
II.2. Principios de tratamiento para los pacientes con un TDI.....	337
II.3. Estructura global de tratamiento para el paciente con un TDI.....	337
II.4. El modelo de tratamiento cognitivo y sus supuestos.....	338
II.5. El papel de las intervenciones cognitivas.....	339

III. UNA NUEVA VISITA AL MODELO COGNITIVO: LA TERAPIA COGNITIVA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS	344
III.1. El ataque sobre la formación de los esquemas	345
III.2. El ataque sobre los esquemas establecidos	346
III.3. La formación y desaparición de los EDTs	346
IV. IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO	349
REFERENCIAS	350
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	351
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES	
12. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA HIPOCONDRIA, <i>Cristina Botella y M.ª Pilar Martínez Narváez-Cabeza de Vaca</i>	355
I. INTRODUCCIÓN	355
II. CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO	356
II.1. La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana	356
II.2. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud	358
III. MODELOS EXPLICATIVOS DE CORTE COGNITIVO	359
III.1. Amplificación somatosensorial	359
III.2. Interpretación catastrófica de los síntomas	361
IV. TRATAMIENTOS CONDUCTUALES Y COGNITIVO-CONDUCTUALES	364
IV.1. Técnicas conductuales	364
IV.2. Programas cognitivo-conductuales estructurados	365
V. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN	369
V.1. Fase de evaluación	369
V.2. Fase de tratamiento	374
VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS	390
REFERENCIAS	391
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	394
<i>Anexo 1. Diario simple</i>	395
<i>Anexo 2. Cuestionario de evaluación del estado actual</i>	397
<i>Anexo 3. Diario ampliado</i>	399
<i>Anexo 4. Hora de preocuparse</i>	402
13. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL, <i>James C. Rosen</i>	407
I. INTRODUCCIÓN	407
II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	408
II.1. Tipos de quejas sobre la apariencia	408
II.2. Características cognitivas y afectivas	410
II.3. Características conductuales	411
III. LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PSICOTERAPIA PARA EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	412

III.1. Estudios de caso de la psicoterapia no conductual	412
III.2. Estudios de caso de las terapias conductuales	413
III.3. Estudios con grupo control	413
III.4. Conclusión	414
IV. DIRECTRICES PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL	415
IV.1. Fase inicial de tratamiento	416
IV.2. Reestructuración cognitiva	420
IV.3. Procedimientos conductuales	426
V. CONCLUSIONES	432
REFERENCIAS	433
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	436
<i>Apéndice 1. Esquema del programa cognitivo-conductual para el trastorno dismórfico corporal</i>	437

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

14. JUEGO PATOLÓGICO, <i>Louise Sharpe</i>	441
I. INTRODUCCIÓN	441
II. BASES EMPÍRICAS DEL TRATAMIENTO	442
III. EVALUACIÓN DEL JUEGO PROBLEMA	444
III.1. Análisis funcional	444
III.2. Habilidades de afrontamiento	445
III.3. Los impulsos a jugar	445
III.4. Las creencias irracionales	446
III.5. Diagnósticos concurrentes	446
III.6. La motivación	447
IV. TRATAMIENTO	448
IV.1. Estabilización	448
IV.2. La construcción de un repertorio conductual alternativo	449
IV.3. El darse cuenta	451
IV.4. El entrenamiento en relajación aplicada	451
IV.5. La solución de problemas	452
IV.6. La exposición	452
IV.7. Las estrategias cognitivas	453
IV.8. La prevención de las recaídas	457
IV.9. Tratamientos complementarios	459
V. CONCLUSIÓN	461
REFERENCIAS	462
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR	464
15. OTROS TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS CON ÉNFASIS EN LA TRICOTILOMANÍA, <i>Dan Opatyke y Barbara O. Rothbaum</i>	465
I. INTRODUCCIÓN	465
II. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE	465
II.1. Descripción	465
II.2. Tratamiento	468

III. CLEPTOMANÍA.....	469
III.1. Descripción.....	469
III.2. Tratamiento.....	469
IV. PIROMANÍA.....	470
IV.1. Descripción.....	470
IV.2. Tratamiento.....	472
V. TRICOTILOMANÍA.....	472
V.1. Descripción.....	472
V.2. Tratamiento.....	474
VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS.....	485
REFERENCIAS.....	486
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	489

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

16. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR, <i>Peter M. Lewinsohn, Ian H. Gotlib y Martin Hautzinger</i>	493
I. INTRODUCCIÓN.....	493
II. TEORÍAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN.....	493
II.1. Enfoques recientes.....	497
III. EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN.....	499
III.1. Las entrevistas.....	499
III.2. Los autoinformes.....	499
III.3. Los diarios conductuales.....	500
III.4. Procedimientos de observación.....	501
IV. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN.....	503
IV.1. Aumento de las actividades agradables y disminución de las desagradables.....	503
IV.2. Terapia de habilidades sociales.....	512
IV.3. Terapia de autocontrol.....	514
IV.4. Terapia de solución de problemas.....	515
IV.5. La terapia de conducta cognitiva.....	515
IV.6. La terapia marital/familiar.....	517
IV.7. El curso de afrontamiento de la depresión (CAD).....	518
IV.8. Ampliaciones del CAD a diferentes poblaciones.....	521
IV.9. La prevención de la depresión.....	527
V. TENDENCIAS FUTURAS.....	529
REFERENCIAS.....	532
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	541
17. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, <i>Arthur Freeman y Carol L. Oster</i>	543
I. INTRODUCCIÓN.....	543
II. LAS DISTORSIONES COGNITIVAS.....	545

III. LOS ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Y LOS ESQUEMAS.....	548
IV. LA EVALUACIÓN DE LOS ESQUEMAS.....	549
V. LAS COGNICIONES SUPERFICIALES.....	549
VI. LA TRÍADA COGNITIVA.....	550
VII. EL MODELO INTEGRADOR.....	551
VIII. LA TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN.....	551
VIII.1. La evaluación y la socialización para el modelo de terapia cognitiva.....	553
VIII.2. La estructura de una sesión típica.....	555
VIII.3. Las primeras sesiones.....	556
VIII.4. La fase media de la terapia.....	561
VIII.5. La última fase de la terapia.....	569
IX. CONCLUSIONES.....	571
REFERENCIAS.....	571
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	574
18. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES, <i>Mónica Ramírez-Basco y Michael E. Thase</i>	575
I. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?.....	575
II. ¿POR QUÉ FRACASA LA TERAPIA FARMACOLÓGICA DE MANTENIMIENTO?.....	580
III. ¿CÓMO PUEDE UN TRATAMIENTO PSICOSOCIAL AYUDAR A MODIFICAR UN TRASTORNO "BIOLÓGICO"?.....	581
III.1. Mejoría del funcionamiento psicosocial y prevención de la recurrencia.....	582
III.2. La mejora de la adherencia al tratamiento.....	582
III.3. Control del rebrote de los síntomas.....	584
IV. TERAPIA DE CONDUCTA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS BIPOLARES.....	584
IV.1. Educación del paciente y de la familia.....	585
IV.2. La detección de los síntomas.....	586
IV.3. Representaciones gráficas de episodios del trastorno a lo largo de la vida.....	587
IV.4. La hoja resumen de los síntomas.....	589
IV.5. La representación gráfica del estado de ánimo.....	589
IV.6. Procedimientos para mejorar la adherencia al tratamiento.....	591
IV.7. El control de los síntomas cognitivos subsindrómicos.....	595
IV.8. Evaluación y modificación de las distorsiones cognitivas.....	595
IV.9. El control de los síntomas conductuales subsindrómicos.....	598
IV.10. La reducción de los estímulos estresantes psicosociales.....	599
IV.11. La solución de problemas psicosociales.....	600
IV.12. La comunicación interpersonal.....	601
V. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS.....	602
REFERENCIAS.....	602
LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	606
FUENTES DE MATERIALES EDUCATIVOS.....	606
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y ORGÁNICOS	
19. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ESQUIZOFRENIA, <i>Kim T. Mueser</i>	611

I	INTRODUCCIÓN.....	611
II.	LOS SÍNTOMAS Y EL DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA.....	611
III	EL MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS-HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO.....	612
IV.	LAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES.....	613
	IV.1. El entrenamiento en habilidades sociales (EHS).....	614
	IV.2. Terapia familiar conductual.....	621
	IV.3. Habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales.....	625
	IV.4. Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas.....	628
V.	CONCLUSIONES.....	632
	REFERENCIAS.....	632
	LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	633
20.	PSICOEDUCACIÓN PARA PERSONAS VULNERABLES A LA ESQUIZOFRENIA, <i>Sergio Rebolledo y María José Lobato</i>	635
	I INTRODUCCIÓN.....	635
	II. EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS VIVENCIAS ESQUIZOFRÈNICAS COMO FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA.....	635
	III. CONCEPTO DE PSICOEDUCACIÓN.....	638
	IV ESCALERA PROGRESIVA DE APRENDIZAJE EN LA PSICOEDUCACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR TRASTORNOS ESQUIZOFRÈNICOS.....	640
	V. METODOLOGÍA DE LAS ACTIVIDADES.....	642
	V.1. La primera meta: autocuidado y vivencia corporal.....	644
	V.2. Segunda meta: conciencia de vulnerabilidad y autoestima.....	647
	V.3. La meta final: adherencia al tratamiento y autocontrol.....	652
	VI CONCLUSIONES.....	656
	REFERENCIAS.....	657
	LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	661
21.	TERAPIA COGNITIVA PARA LAS ALUCINACIONES Y LAS IDEAS DELIRANTES, <i>Chris Jackson y Paul Chadwick</i>	663
	I. INTRODUCCIÓN.....	663
	II. UN ENFOQUE COGNITIVO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS.....	663
	II.1. La aplicabilidad del modelo cognitivo a las voces.....	665
	II.2. Creencias sobre las voces: omnipotencia, malevolencia y benevolencia.....	666
	II.3. La conexión entre las creencias, la conducta de afrontamiento y el afecto.....	667
	II.4. La conexión entre malevolencia, benevolencia y el contenido de las voces.....	668
	II.5. Terapia cognitiva para las voces.....	669
	III. UN MODELO COGNITIVO PARA LAS IDEAS DELIRANTES.....	674
	III.1. Terapia cognitiva para las ideas delirantes.....	677
	IV. CONCLUSIÓN.....	680
	REFERENCIAS.....	680
	LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	682
	<i>Apéndice 1. Cuestionario de creencias sobre las voces (Beliefs about voices questionnaire, BAVQ).....</i>	684

22.	INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN LOS COMPORTAMIENTOS PROBLEMA ASOCIADOS A LA DEMENCIA, <i>Barry Edelstein, Lynn Northrop y Natalie Staats</i>	685
	I INTRODUCCIÓN.....	685
	II CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS.....	686
	II.1. Sistema sensorial.....	686
	II.2. Sistema músculo-esquelético.....	688
	II.5. Sistema cardiovascular.....	688
	II.4. El sistema respiratorio.....	688
	II.5. El sistema excretor.....	689
	III. INTERVENCIÓN CONDUCTUAL.....	689
	III.1. Incontinencia urinaria.....	689
	III.2. La memoria.....	693
	III.5. El vagabundeo y la desorientación.....	696
	III.4. La conducta agresiva y agitada.....	699
	III.5. Conductas para el cuidado de uno mismo.....	704
	IV. CONCLUSIONES.....	707
	IV.1. Ilustración de un caso hipotético.....	707
	REFERENCIAS.....	711
	LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	716
23.	TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL, <i>Christine M. Nezu, Arthur M. Nezu y Lisa DelliCarpini</i>	719
	I. INTRODUCCIÓN.....	719
	II. RETRASO MENTAL Y FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO.....	719
	III. OBSTÁCULOS PARA EL TRATAMIENTO EFICAZ.....	721
	IV. CONSIDERACIONES DE LA EVALUACIÓN.....	722
	V. LA EVALUACIÓN MULTIMODAL.....	722
	VI. ENFOQUES CONDUCTUALES.....	724
	VI.1. Estrategias operantes.....	725
	VI.2. Estrategias de base respondiente.....	725
	VI.3. El tratamiento cognitivo-conductual.....	726
	VI.4. Ejemplo de un caso clínico.....	729
	VI.5. Consideraciones especiales sobre la aplicación de estrategias de aprendizaje social en pacientes con retraso mental.....	731
	VI.6. Conclusiones.....	732
	VII. TENDENCIAS FUTURAS DE LA INVESTIGACIÓN.....	733
	REFERENCIAS.....	734
	LECTURAS PARA PROFUNDIZAR.....	737
	ÍNDICE ANALÍTICO.....	739

PRÓLOGO

HANS J. EYSENCK

Según Kuhn, la ciencia se caracteriza por largos períodos de “ciencia ordinaria”, trabajando en aspectos paradigmáticos establecidos y consensuados, seguidos por “revoluciones” que ponen en duda el paradigma existente y que introducen un nuevo paradigma. A menudo, los problemas surgen cuando las nuevas definiciones, los nuevos criterios y los nuevos métodos hacen difícil, si no imposible, la discusión y la comparación entre el antiguo y el nuevo paradigma. El paradigma anterior es destronado porque se han acumulado demasiadas anomalías durante su largo reinado; sus reglas para la explicación han fallado con demasiada frecuencia al explicar los hechos claramente demostrados; sus predicciones han fracasado demasiado frecuentemente para considerarlo aceptable. Los científicos entrenados en la antigua tradición se agarran desesperadamente a ella, pero la nueva generación se adhiere con entusiasmo al nuevo paradigma.

Los cambios de paradigma no ocurren solamente en las ciencias “duras”. Uno de los cambios más notables ha tenido lugar en la psicología. Los métodos freudianos de psicoterapia han llevado la voz cantante desde el comienzo del siglo, casi sin oposición, hasta la década de los años cincuenta. Nadie parecía estar dispuesto a realizar la pregunta crucial: ¿funciona realmente el psicoanálisis? Freud mismo reconoció frecuentemente la existencia de la remisión espontánea y la preocupante falta de éxito duradero para el tratamiento psicoanalítico, pero sus sucesores alegaban que el psicoanálisis, y sólo el psicoanálisis, podía curar realmente los trastornos psicológicos.

En los años cincuenta varios autores plantearon dudas y cuestionaron esta creencia carente de apoyo empírico y mostraron que el emperador no llevaba vestido —no existían pruebas de que el psicoanálisis produjese mejores resultados que la falta de tratamiento (Eysenck, 1985). Ésta sigue siendo la posición. Svartberg y Stiles (1991) han publicado un metaanálisis de 19 estudios comparando la eficacia de la psicoterapia psicoanalítica con la “falta de tratamiento”, sin observar ninguna diferencia en los resultados. Encontraron también que otros métodos de intervención funcionaban significativamente mejor.

Métodos diferentes y mejores ya fueron adelantados por la teoría de Watson, en 1920, sobre los síntomas neuróticos como respuestas emocionales condicionadas, conduciendo al planteamiento de que la terapia consistía en la extinción de estas respuestas condicionadas. Pero el zeitgeist resistió con determinación estas teorías; incluso la demostración por Mary Cover Jones de que los métodos de descondicionamiento funcionaban muy bien no llegó a impresionar. Sin embargo,

la terapia de conducta, basada en los principios de la teoría del aprendizaje, empezó su ascenso de forma gradual, y la revolución ganó impulso. Ahora sabemos que estos nuevos métodos son mucho más eficaces que los demás; unos 3 000 estudios comparativos nos permiten afirmar, con convicción, que el tratamiento de la psicopatología tiene éxito en proporción al grado en que incorpora esos principios (Grawe, Donati y Bernauer, 1994).

Mucho hemos aprendido en los últimos años sobre la mejor forma de aplicar estos nuevos métodos a todos los diferentes tipos de psicopatología y precisamente el presente manual se interesa por estas aplicaciones específicas. Los procedimientos correspondientes deberían ser conocidos por todo estudiante interesado en el tratamiento y serán los estudiantes, en particular, quienes se beneficiarán del conocimiento de los métodos y las teorías implicados. Los constantes avances, sin duda, pedirán pronto una revisión de este excelente manual; una gran cantidad de investigación se encuentra en progreso constante, gran parte de la cual se publica en Behaviour Research and Therapy, la revista de investigación líder en este campo.

La terapia de conducta ha incluido siempre a los elementos cognitivos como una parte importante de su teoría básica; ya Pavlov insistió en el lenguaje como un «segundo sistema de señales», incorporando la cognición en la reflexología, y la moderna teoría del aprendizaje insiste en la relevancia de la cognición incluso en los procesos de aprendizaje y condicionamiento de los animales inferiores. El término «cognitivo-conductual» es, hasta cierto punto, redundante —todos los tratamientos conductuales utilizan estrategias cognitivas. Pero emplear esa terminología tiene la ventaja de que así no es probable que se tomen en serio las objeciones ignorantes que plantean que nuestras teorías se olvidan de elementos cognitivos esenciales.

La revolución continúa todavía y dista mucho de estar terminada. Pero la vieja guardia no ha dejado de existir y resta mucho por hacer en la batalla para sustituir métodos de tratamiento poco eficaces o incluso dañinos por otros satisfactorios. Pero científicamente la batalla se ha ganado. Todas las pruebas proclaman la superioridad de los nuevos métodos y teorías sobre los antiguos. Este libro es testimonio de ello.

REFERENCIAS

- Eysenck, J. J. (1985), *Decline and fall of the Freudian empire*, Londres y Nueva York, Viking.
- Grawe, K., Donati, R. y Bernauer, F. (1994), *Psychotherapie im Wandel*, Toronto, Hogrefe.
- Svartberg, M. y Stiles, T. (1991), Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, pp. 704-714.

La psicología clínica conductual o cognitivo-conductual está más en boga hoy día que nunca antes lo había estado. Parece que la gran mayoría de los profesionales de la salud reconoce actualmente que para muchos trastornos «mentales» los procedimientos cognitivo-conductuales son eficaces, si bien en algunas disciplinas (como, por ejemplo, la psiquiatría) se sigue favoreciendo el tratamiento farmacológico, debido, a veces, a un notable desconocimiento de las intervenciones cognitivo-conductuales. Este manual pretende ofrecer al lector interesado en el tema el amplio panorama que el campo del tratamiento cognitivo-conductual ofrece hoy día a los profesionales de la salud. Ya se plantearon en otro lugar las bases descriptivas y los planteamientos teóricos conductuales de los principales trastornos psicológicos/psiquiátricos en adultos (véase Caballo, Buéla-Casal y Carrobes, 1995, 1996), así como su evaluación (Buéla-Casal, Caballo y Sierra, 1996). Las técnicas de intervención más utilizadas dentro del campo cognitivo-conductual, con cierta independencia de su aplicación a trastornos específicos, también se han descrito detalladamente (Caballo, 1991). Para completar este aspecto de la psicología clínica conductual nos faltaba la presentación de programas estructurados para trastornos concretos. Esa carencia es la que intenta paliar el presente libro.

Se van especificando tratamientos de elección (tanto conductuales como farmacológicos) para trastornos «mentales» concretos. Así por ejemplo, mientras se postula que el tratamiento indicado para el trastorno bipolar es el carbonato de litio y para la esquizofrenia con síntomas positivos los antipsicóticos (Acierno, Hersen y Ammerman, 1994), se señala también que para el insomnio de inicio del sueño el tratamiento preferencial es el control del estímulo, para la fobia simple la desensibilización y para el trastorno obsesivo-compulsivo la exposición más la prevención de la respuesta (Acierno *et al.*, 1994). El desarrollo de programas cognitivo-conductuales estructurados para los distintos trastornos «mentales» es la tendencia que se vislumbra hoy día con fuerza en el campo de la psicología clínica.

Este *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, tanto el volumen 1 que aquí presentamos como el volumen 2 que le seguirá próximamente, ofrece un variado conjunto de programas estructurados para la intervención en distintos trastornos psicológicos/psiquiátricos. La distribución de los trastornos incluidos en este primer volumen se ha guiado en buena medida por los contenidos del también primer volumen del manual de psicopatología aparecido recientemente (Caballo *et al.*, 1995), que a su vez sigue muy

de cerca la clasificación diagnóstica del *DSM-IV* (APA, 1994), mientras que el segundo volumen del manual de tratamiento seguirá de cerca al también segundo volumen del manual de psicopatología (Caballo *et al.*, 1996). De esta forma, hay una coherencia lógica en el orden de descripción de los trastornos y su posterior tratamiento.

El presente manual se ha dividido en siete secciones, que representan otros tantos grupos de trastornos del *DSM-IV* (APA, 1994), como son los trastornos por ansiedad, los trastornos sexuales, los disociativos, los somatoformes, los trastornos del control de impulsos, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos y orgánicos.

La sección relativa a los trastornos por ansiedad es la más extensa del libro. Se recogen tratamientos específicos para los diferentes trastornos incluidos en este grupo, aunque algunas de las estrategias de intervención, como la relajación, la exposición, la desensibilización o la reestructuración cognitiva se emplean profusamente a lo largo de varios de esos trastornos. Aunque todas estas estrategias se han descrito ya en otro lugar (Caballo, 1991), aquí se presentan programas de tratamiento, en muchos casos paso a paso o técnica a técnica, para verse las con cada uno de los trastornos por ansiedad. Como indican Barlow y Lehman (1996), ya existen estudios que demuestran la eficacia de nuevos tratamientos psicosociales cuando se les compara con la falta de tratamiento, con un "placebo" psicosocial o incluso con una intervención psicoterapéutica alternativa. «Para algunos trastornos el tratamiento se encuentra bien establecido; para otros existen tratamientos prometedores, pero que se hallan en un estado de desarrollo preliminar» (p. 727).

Luego se abordan dos tipos de trastornos sexuales como son las disfunciones sexuales (un problema relativamente frecuente de hoy día) y la delincuencia sexual (con un programa realmente innovador dirigido a este difícil problema que castiga a la sociedad en la actualidad). Les sigue el planteamiento de un posible camino de intervención en los trastornos disociativos, un grupo de trastornos relativamente desconocido para el terapeuta cognitivo-conductual, pero sobre el que cada vez está surgiendo más información. No obstante, tenemos que decir que todavía no se han conseguido programas de tratamiento a un nivel aceptable para este trastorno.

La cuarta parte del libro está dedicada al tratamiento de los trastornos somatoformes, deteniéndose en la hipocondría y en el trastorno dismórfico corporal, con programas muy concretos para cada uno de ellos. Los trastornos del control de impulsos están representados principalmente por el juego patológico y la tricotilomanía. En la sexta sección se incluye el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo, dedicando un capítulo a los trastornos bipolares (donde la terapia cognitivo-conductual está empezando a incursionar y con un éxito notable) y dos a la depresión, bien desde una perspectiva eminentemente conductual o bien cognitiva.

Finalmente, en la última sección, encontramos problemas considerados psicóticos o con base orgánica. Aunque este último término no es muy afortunado (de hecho, desapareció de la clasificación diagnóstica del *DSM-IV*), es una forma de aunar trastornos tales como las demencias o el retraso mental.

Esperamos que a lo largo de los veintitrés capítulos que componen este libro el profesional de la salud pueda tener una guía estructurada con la que empezar a abordar toda una serie de trastornos "mentales". La utilización de otros textos será necesaria cuando se quiera profundizar más en un problema concreto, pero al menos podrá tener cierta idea a la hora de buscar más información y hacia dónde dirigirse. La carrera por desarrollar programas estructurados de tratamiento para trastornos específicos ya ha empezado. En los próximos años veremos un auge de estas propuestas. Desde aquí deseamos que dichos programas sean cada vez más eficaces para cada vez más trastornos y con un menor coste económico y de tiempo para paciente y terapeuta.

REFERENCIAS

- Acierno, R., Hersen, M. y Ammerman, R. T. (1994). Overview of the issues in prescriptive treatments. En M. Hersen y R. T. Ammerman (dirs.), *Handbook of prescriptive treatments for adults*. Nueva York: Plenum.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición) (DSM-IV)*. Washington, D.C. APA.
- Barlow, D. H. y Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychological treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Buela-Casal, G., Caballo, V. E. y Sierra, J. C. (1996). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carroble, J. A. (1995). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1: Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E., Buela-Casal, G. y Carroble, J. A. (1996). *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 2: Trastornos de personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. Madrid: Siglo XXI.

VICENTE E. CABALLO

RELACIÓN DE AUTORES

- Verania Andrés, Ph. D., Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid, España.
- Martin M. Antony, Ph. D., Clarke Institute of Psychiatry and University of Toronto, Canadá.
- Millie Astin, Ph. D., Department of Psychology, University of Missouri at St. Louis, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.
- David H. Barlow, Ph. D., Department of Psychology, Boston University, Boston, Massachusetts, Estados Unidos.
- Francisco Bas, Ph. D., Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid, España.
- Cristina Botella, Ph. D., Unitat Predepartamental de Psicologia, Facultat de Ciències Humanes i Socials, Universitat Jaume I, Castellón, España.
- Vicente E. Caballo, Ph. D., Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, Granada, España.
- Michael P. Carey, Ph. D., Department of Psychology and Center for Health and Behavior, Syracuse University, Syracuse, Nueva York, Estados Unidos.
- Paul Chadwick, Ph. D., Royal South Hants Hospital, Southampton, Reino Unido.
- Paz de Corral, Ph. D., Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España.
- Michelle G. Craske, Ph. D., Department of Psychology, University of California at Los Angeles, Los Ángeles, Estados Unidos.
- Jerry L. Deffenbacher, Ph. D., Department of Psychology, Colorado State University, Fort Collins, Colorado, Estados Unidos.
- Lisa DelliCarpini, Department of Psychology, Hahnemann University, Filadelfia, Pennsylvania, Estados Unidos.
- Michel Dugas, Ph. D., Department of Psychology, Université Laval, Quebec, Canadá.
- Enrique Echeburúa, Ph. D., Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, San Sebastián, España.
- Barry Edelstein, Ph. D., Department of Psychology, College of Arts and Sciences, West Virginia University, Morgantown, West Virginia, Estados Unidos.
- Hans J. Eysenck, Ph. D., Department of Psychology, Institute of Psychiatry, Londres, Reino Unido.
- Yolanda M. Fernández, Department of Psychology, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.
- Catherine G. Fine, Ph. D., JARIA Center for Dissociative Disorders, Blue Bell, Pennsylvania, Estados Unidos.
- Arthur Freeman, Ed. D., Department of Psychology, Philadelphia College of Osteopathic Medicine, University of Pennsylvania, Filadelfia, Pennsylvania, Estados Unidos.
- Mark H. Freeston, Ph. D., Department of Psychology, Université Laval, Quebec, Canadá.
- Ian H. Gotlib, Ph. D., Department of Psychology, Northwestern University, Evanston, Illinois, Estados Unidos.
- Martin Hautzinger, Ph. D., Johannes Gutenberg University, Mainz, Alemania.
- Chris Jackson, Ph. D., All Saints Hospital, Birmingham, Reino Unido.

- Robert Ladouceur, Ph. D., Department of Psychology, Université Laval, Quebec, Canadá.
- Michael R. Lewin, Ph. D., Department of Psychology, California State University at San Bernardino, San Bernardino, California, Estados Unidos.
- Peter M. Lewinsohn, Ph. D., Oregon Research Institute, Eugene, Oregón, Estados Unidos.
- M^a José Lobato, Hospital Psiquiátrico Cabaleiro Goas, Toen, Orense, España.
- William L. Marshall, Ph. D., Department of Psychology, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.
- M^a Pilar Martínez Narváez, Dpt. de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics, Facultat de Psicologia, Universitat de València, Valencia, España.
- Kim T. Mueser, Ph. D., New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, Dartmouth Medical School, Concord, New Hampshire, Estados Unidos.
- Arthur M. Nezu, Ph. D., Department of Clinical and Health Psychology, Allegheny University of the Health Sciences, Filadelfia, Pensilvania, Estados Unidos.
- Christine M. Nezu, Ph. D., Department of Clinical and Health Psychology, Allegheny University of the Health Sciences, Filadelfia, Pensilvania, Estados Unidos.
- Lynn Northrop, Department of Psychology, College of Arts and Sciences, West Virginia University, Morgantown, West Virginia, Estados Unidos.
- Dan Opdyke, Ph. D., Department of Psychology, Georgia State University, Atlanta, Georgia, Estados Unidos.
- Carol L. Oster, Psy. D., The Adler School of Professional Psychology, University of Illinois, Illinois, Estados Unidos.
- Mónica Ramírez-Basco, Ph. D., University of Texas, Southwestern Medical Center at Dallas, Dallas, Texas, Estados Unidos.
- Sergio Rebolledo, Psicólogo, Práctica privada, Orense, España.
- Patricia Resick, Ph. D., Department of Psychology, University of Missouri at St. Louis, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.
- James C. Rosen, Ph. D., Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont, Estados Unidos.
- Barbara O. Rothbaum, Ph. D., Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta, Georgia, Estados Unidos.
- Louise Sharpe, Department of Psychology, West Middlesex University Hospital, Isleworth, Reino Unido.
- Natalie Staats, Department of Psychology, College of Arts and Sciences, West Virginia University, Morgantown, West Virginia, Estados Unidos.
- Michael E. Thase, M. D., Western Psychiatric Institute and Clinic, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburg, Pensilvania, Estados Unidos.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE LOS TRASTORNOS POR ANSIEDAD

1. FOBIA ESPECÍFICA

MARTIN M. ANTONY y DAVID H. BARLOW

I. INTRODUCCIÓN

En el *DSM-IV* (APA, 1994), la fobia específica se define como un temor acusado y persistente que es desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos. El individuo debe reconocer que el miedo es excesivo o poco razonable, tiene que estar asociado con un malestar subjetivo o un deterioro funcional y normalmente se acompaña por una inmediata respuesta de ansiedad y la evitación del objeto o situación temidos. En algunos individuos, la evitación fóbica es mínima, aunque la exposición a la situación produce con toda seguridad niveles intensos de ansiedad. Las fobias específicas se pueden diferenciar de otros trastornos fóbicos basándose en los tipos de situaciones que se evitan así como en las características asociadas al trastorno. Por ejemplo, es probable que los individuos que evitan un conjunto de situaciones específicas asociadas de forma típica con la agorafobia (p. ej., multitudes, conducir, lugares cerrados) reciban un diagnóstico de trastorno por pánico con agorafobia, especialmente si el centro de la aprensión en la situación temida es la posibilidad de experimentar un ataque de pánico. De igual manera, una persona que teme y evita situaciones que entrañan evaluación social (p. ej., hablar en público, conocer a nuevas personas) es probable que reciba un diagnóstico de fobia social. En el *DSM-IV* no se asigna un diagnóstico de fobia específica si el temor se explica mejor por otro trastorno mental.

El *DSM-IV* incluye cinco tipos principales de fobia específica: tipo animal, tipo ambiente natural, tipo sangre/inyecciones/sufrir daño, tipo situacional y otros tipos. La introducción de estos tipos se basó en una serie de informes del grupo de trabajo para los trastornos por ansiedad del *DSM-IV* (véanse Craske, 1989; Curtis, Himle, Lewis y Lee, 1989) que mostraba que los tipos de fobia específica tienden a diferenciarse en un grupo de dimensiones, incluyendo la edad de aparición, la composición por género, los patrones de covariación entre fobias, el centro de la aprensión (p. ej., ansiedad basada en sensaciones físicas), el momento en que se presenta, el grado de predicción de la respuesta fóbica, y el tipo de reacción física durante la exposición al objeto o situación temidos.

Las *fobias de tipo animal* pueden incluir temores hacia cualquier animal, aunque los animales más temidos incluyen a las serpientes, las arañas, los insectos, los gatos, los ratones y los pájaros. Las *fobias a los animales* tienen su inicio

normalmente en la infancia y la edad de aparición suele ser más temprana que en los otros tipos de fobia (Himle, McPhee, Cameron y Curtis, 1989; Marks y Gelder, 1966; Öst, 1987). Además, son más frecuentes entre las mujeres que en los hombres, dándose unos porcentajes que van desde el 75% de mujeres en estudios epidemiológicos (Agras, Sylvester y Oliveau, 1969; Bourdon *et al.*, 1988) hasta el 95% ó más en estudios de pacientes clínicos (Himle *et al.*, 1989; Marks y Gelder, 1966; Öst, 1987). En las mujeres, las fobias a los animales se encuentran entre los tipos más frecuentes de fobia específica (Bourdon *et al.*, 1988).

Las fobias al ambiente natural incluyen miedos a las tormentas, al agua y a las alturas. Estos temores son muy frecuentes; de hecho, entre los hombres, el temor a las alturas es la fobia específica más frecuente (Bourdon *et al.*, 1988). Los miedos al ambiente natural suelen comenzar en la infancia, aunque existen evidencias de que las fobias a las alturas aparecen más tarde que otras fobias de este mismo tipo (Curtis, Hill y Lewis, 1990). Amplios estudios epidemiológicos han encontrado que las fobias a las tormentas y al agua son más frecuentes entre las mujeres que entre los hombres. Por ejemplo, desde el 78% (Bourdon *et al.*, 1988) hasta el 100% (Agras *et al.*, 1969) de los individuos con fobias a las tormentas tienden a ser mujeres. Con respecto a la razón por sexo, las fobias a las alturas parecen ser diferentes a las otras fobias al ambiente natural, ya que sólo el 58% de los individuos con fobias a las alturas suelen ser mujeres. Estos datos, así como otros hallazgos recientes (p. ej., Antony, 1994) sugieren que es posible que las fobias a las alturas no sean representativas del tipo ambiente natural.

Las fobias a la sangre/inyecciones/sufrir daño incluyen los miedos a ver sangre, recibir inyecciones, observar o sufrir procedimientos quirúrgicos y otras situaciones médicas similares. Suelen comenzar en la infancia o principio de la adolescencia y son más frecuentes en mujeres, aunque las diferencias debidas al sexo son menos acusadas que en las fobias a los animales (Agras *et al.*, 1969; Öst, 1987, 1992). A diferencia de otras fobias, las que son a la sangre/inyecciones/sufrir daño se encuentran asociadas a menudo a una respuesta fisiológica bifásica durante la exposición a las situaciones temidas. Esta respuesta comienza con un aumento inicial de la activación, seguido por una brusca caída en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea, lo que a veces produce desmayos. Aproximadamente, el 70% de los individuos con fobia a la sangre y el 56% de los que tienen fobia a las inyecciones relatan una historia de desmayos en la situación temida (Öst, 1992). Como se verá en una sección posterior, la tendencia de los individuos con miedo a la sangre y a las inyecciones a desmayarse ha llevado a estrategias de tratamiento específicas para evitar los desmayos en este grupo.

Las fobias tipo situacional incluyen fobias específicas a situaciones que temen a menudo los individuos con agorafobia. Ejemplos típicos incluyen lugares cerrados, conducir, ascensores y aviones. Las fobias situacionales suelen tener una edad media de aparición en la década de los veinte (Himle *et al.*, 1989; Öst, 1987) y tienden a ser más frecuentes en mujeres que en hombres. Es más probable que las fobias situacionales estén asociadas con ataques de pánico demorados e impredecibles, según algunos estudios (Antony, 1994; Ehlers, Hofmann, Herda y Roth, en prensa), aunque otros han encontrado resultados contradictorios (p. ej., Craske y Sipsas, 1992).

Finalmente, en el *DSM-IV* se incluyó un apartado denominado «otros tipos» para describir a las fobias que no se clasifican fácilmente utilizando los cuatro principales tipos de fobia específica. Ejemplos de fobias incluidas en la sección de «otros tipos» incluyen los temores de asfixiarse, vomitar y a los globos, aunque cualquier fobia que no se clasifique fácilmente como uno de los otros cuatro tipos se incluiría en esta categoría.

En general, la fobia específica es el diagnóstico más frecuente de los trastornos por ansiedad y se encuentra entre los de mayor prevalencia de todos los trastornos psicológicos. La prevalencia estimada durante toda la vida para la fobia específica se encuentra alrededor del 14,45 al 15,7% entre las mujeres y del 6,7 al 7,75% en los hombres (Eaton, Dryman y Weissman, 1991; Kessler *et al.*, 1994). A pesar de su prevalencia, todavía hay mucho que aprender sobre la naturaleza y el tratamiento de las fobias específicas. Aunque los temores subclínicos en estudiantes universitarios han sido estudiados ampliamente por investigadores que tratan de comprender la naturaleza del miedo y los métodos para la reducción del mismo, pocos estudios han examinado la psicopatología y el tratamiento de fobias específicas en pacientes clínicos. Además, los estudios que se han realizado suelen centrarse en un rango relativamente restringido de fobias, el tamaño de la muestra es pequeño y no han explorado las diferencias en la respuesta al tratamiento de los tipos de fobia específica. Sin embargo, existen cada vez más pruebas de que las fobias específicas se encuentran entre los trastornos que mejor tratamiento tienen. La mayoría de los individuos con fobias a los animales, a la sangre y a las inyecciones es capaz de superar sus fobias en tan sólo una sesión de exposición sistemática a la situación temida (Öst, 1989).

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO BASADO EN LA EXPOSICIÓN

Se piensa que la exposición al objeto o situación temidos es un componente esencial de todo tratamiento con éxito de la fobia específica (Marks, 1987), aunque no están claros todavía los mecanismos a través de los cuales la exposición ejerce sus efectos. Barlow (1988) resumió algunas de las principales teorías que explican el proceso de la reducción del miedo. En primer lugar, Lader y Wing (1966) propusieron a la habituaación para explicar los efectos terapéuticos de la desensibilización sistemática. La habituaación es un proceso de familiarización con el objeto o situación y, por consiguiente, se responde cada vez menos a un determinado estímulo con el paso del tiempo (es decir, sucede lo mismo que cuando notamos cada vez menos un olor particular con una exposición prolongada). Este proceso produce normalmente cambios en la respuesta sólo a corto plazo y parece afectar a las respuestas fisiológicas (p. ej., respuesta galvánica de la piel) más que a los sentimientos subjetivos. Se supone que el papel del aprendizaje en la habituaación es mínimo. Las evidencias sobre el papel de la habituaación en la reducción del miedo es contradictoria.

Un modelo más popular para explicar los efectos terapéuticos de la exposición ha sido el proceso de la *extinción*. Ésta implica la debilitación de una respuesta condicionada por la eliminación del refuerzo. Según el modelo bifactorial de Mowrer (1960) sobre el desarrollo del miedo, un temor (p. ej., una fobia a los perros) comienza cuando un estímulo neutral (p. ej., un perro) se empareja por medio del condicionamiento clásico con un estímulo incondicionado aversivo (p. ej., que le muerdan a uno). De acuerdo con Mowrer, el temor se mantiene por el refuerzo negativo que resulta de una evitación del estímulo condicionado. En otras palabras, la conducta de evitación impide que tengan lugar los síntomas aversivos asociados con el objeto temido y, por consiguiente, se refuerza de modo operante. En teoría, la exposición termina con el refuerzo negativo asociado a la evitación y, en consecuencia, conduce a la extinción del miedo. Se supone que la extinción entraña un nuevo aprendizaje (es decir, cambios en la forma en que se procesa la información) y *suele tener efectos duraderos* en comparación con la habituación. Sin embargo, existen evidencias que ponen en duda el valor de la extinción como modelo de la reducción del miedo. Por ejemplo, algunos estudios (Rachman, Craske, Tallman y Solyom, 1986) han mostrado que la exposición parece ser eficaz para reducir el temor especialmente a largo plazo, incluso cuando un individuo escapa de la situación antes de alcanzar el nivel máximo de ansiedad. Sin embargo, contrariamente a este hallazgo y consistente con la teoría de la extinción, numerosos estudios han mostrado que la exposición de larga duración es más eficaz para reducir el miedo que la exposición de duración más corta (Marks, 1987).

Consistente con las modernas teorías del condicionamiento (p. ej., Rescorla, 1988), los *factores cognitivos* juegan un importante papel en la disminución del miedo. Los datos están empezando a converger, sugiriendo que variables tales como el control percibido (Sanderson, Rapee y Barlow, 1989), la presencia de señales de seguridad, como el cónyuge (Carter, Hollon, Carson y Shelton, 1995), y el grado de predicción de la exposición (Lopatka, 1989) afectan a los niveles de miedo durante la exposición a la situación temida.

Además, se han propuesto teorías sobre el *procesamiento emocional* (p. ej., Foa y Kozak, 1986; Rachman, 1980) para explicar el proceso de reducción del miedo empleando un marco teórico emocional (p. ej., Lang, 1985). Según Foa y Kozak (1986), la exposición a una situación temida proporciona información que es inconsistente con la almacenada previamente en la memoria emocional. Por ejemplo, la habituación durante una sesión determinada muestra que el miedo no dura eternamente y que es posible estar en la presencia de un objeto temido previamente sin sentirse asustado. Igualmente, la exposición repetida enseña a un individuo que la probabilidad de peligro en la situación temida es baja. En teoría, el procesamiento emocional depende de la activación de estructuras de ansiedad apropiadas almacenadas en la memoria. Las variables propuestas que interfieren con el procesamiento emocional incluyen a la distracción, a la activación autónoma que sea demasiado alta (de modo que puede que no se produzca la habituación dentro de la sesión) y la activación autónoma que sea demasiado baja (reflejando una activación incompleta de la estructura de ansiedad).

Lo mismo que sucede con los otros modelos que se han visto, las evidencias

que apoyan el procesamiento emocional como modelo de la reducción del miedo son contradictorias (Barlow, 1988). Por ejemplo, los estudios que examinan los efectos de la distracción sobre la disminución del miedo durante la exposición han arrojado resultados dispares (Rodríguez y Craske, 1993b). Igualmente, Holden y Barlow (1986) encontraron que la relación entre la activación y la ansiedad es más complicada que lo que predicen las teorías del procesamiento emocional. Específicamente, Holden y Barlow (1986) hicieron que un grupo de individuos con agorafobia y otro sin ningún trastorno mental pasaran una prueba estándar de aproximación conductual que entrañaba marcharse de un lugar seguro. Ambos grupos comenzaron con tasas cardíacas elevadas y mostraron reducciones graduales similares de la tasa cardíaca durante la prueba conductual. Este hallazgo ocurrió a pesar del hecho de que los sujetos sin trastorno mental no informaron de ansiedad durante la prueba conductual.

Es demasiado pronto para decir exactamente cómo produce la exposición una disminución del temor. Además, es posible que las teorías mencionadas anteriormente no sean explicaciones mutuamente exclusivas. Aunque ninguna de las teorías explica totalmente el proceso de la reducción del miedo, cada una de ellas explica alguna parte de la historia. Por ejemplo, la habituación y la extinción pueden estar implicadas en la reducción del miedo dentro de las sesiones, mientras que la extinción puede ser más relevante para explicar la disminución del miedo entre sesiones. Variables tales como el control y la seguridad percibidos, la predecibilidad y el procesamiento emocional pueden mediar en parte los cambios que tienen lugar durante la habituación y la extinción. Finalmente, la exposición repetida puede tener impacto sobre determinadas variables fisiológicas que parecen estar relacionadas con la experiencia del miedo. Como se puede ver en la revisión de Barlow (1988), la exposición crónica a los estímulos que se temen puede producir una reducción general de la noradrenalina, que tiende a asociarse con ciertos cambios conductuales consistentes con el proceso de "endurecerse" o desarrollar una mayor tolerancia a los estímulos aversivos (Gray, 1985). En resumen, es posible que los mecanismos a través de los cuales la exposición produce una disminución del miedo estén determinados por múltiples factores. Las teorías unidimensionales probablemente sean inadecuadas para explicar el proceso de la reducción del miedo. En la medida en que los investigadores empiecen a examinar cómo interactúan las variables cognitivas, conductuales y fisiológicas para producir cambios en el miedo durante el tratamiento, entonces empezaremos a comprender cómo funciona la exposición.

III. HALLAZGOS EMPÍRICOS SOBRE EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS ESPECÍFICAS

Numerosos estudios han mostrado que los tratamientos basados en la exposición son eficaces para reducir temores específicos. Específicamente, se ha encontrado que la exposición es eficaz para la fobia a la sangre (Ost *et al.*, 1984), a las inyecciones (Ost, 1989), a los dentistas (Liddell *et al.*, 1991; Jerremalm, Jansson y

Öst, 1986), a los animales (Foa *et al.*, 1977; Muris *et al.*, 1993; O'Brien y Kelley, 1980; Öst, Salkovskis y Hellström, 1991), a lugares cerrados (Booth y Rachman, 1992; Öst, Johansson y Jerremalm, 1982), a volar (Denholtz y Mann, 1975; Howard, Murphy y Clarke, 1983; Solyom *et al.*, 1973), a las alturas (Baker, Cohen y Saunders, 1973; Bourque y Ladouceur, 1980; Marshall, 1988) y a asfixiarse (Ball y Otto, 1993; McNally, 1986).

En muchos casos, la forma en que se lleve a cabo la exposición puede tener impacto sobre su eficacia. Los tratamientos basados en la exposición pueden variar en numerosas dimensiones, incluyendo el grado de implicación del terapeuta, la duración de la exposición, la inclusión de estrategias adicionales de tratamiento (p. ej., reestructuración cognitiva, relajación), la intensidad de la exposición, la frecuencia de las sesiones, el número de las mismas, las señales estímulares a las que se expone al individuo (p. ej., sensaciones internas *versus* situaciones externas) y el grado en el que se afronta la situación en la vida real *versus* en la imaginación.

Además, las relaciones entre estas variables y el éxito del tratamiento pueden variar dependiendo del tipo de fobia, de la naturaleza de la reacción de temor y de otras variables que son distintas según los pacientes. Por ejemplo, Öst *et al.* (1982) demostraron que individuos con claustrofobia que respondían básicamente de forma conductual (es decir, cuyo patrón principal de respuesta era la evitación) se beneficiaron más de la exposición que del entrenamiento en relación aplicada. Por el contrario, pacientes con claustrofobia que respondían fundamentalmente de manera fisiológica (es decir, cuya respuesta principal era un aumento de la activación ante la exposición a la situación) respondían mejor a la relajación aplicada. Sin embargo, este hallazgo no se confirmó en un grupo de individuos con miedo a los dentistas (Jerremalm *et al.*, 1986).

III.1. Espaciamiento y duración de las sesiones de exposición

Parece que las sesiones de exposición más largas son más eficaces que las sesiones más cortas en la mayoría de los casos (Marks, 1987). Además, la exposición parece funcionar mejor si no hay mucho distanciamiento entre las sesiones. Por ejemplo, Foa *et al.* (1980) encontraron que el tratamiento de la agorafobia era más eficaz con 10 sesiones diarias de exposición que con 10 sesiones semanales. Sin embargo, el grado de aplicación de este hallazgo a las fobias específicas no está claro, especialmente a la luz del hecho de que hasta un 90% de los individuos con fobias a los animales y a las inyecciones pueden ser tratados con éxito (es decir, muy mejorado o completamente curado) en una sola sesión de tratamiento por medio de la exposición y del modelado del terapeuta (Muris *et al.*, 1993; Öst, 1989).

Los modelos sobre la reducción del miedo predicen que la exposición debería funcionar mejor cuando se evita que los pacientes escapen antes de que el temor haya disminuido. Los estudios que examinan esta variable han arrojado resultados contradictorios. Por ejemplo, De Silva y Rachman (1984) y Rachman *et al.* (1986) encontraron que el marcharse antes de que el temor haya llegado a

su máximo no tenía efectos sobre la eficacia de la exposición para la agorafobia. Por el contrario, Marks (1987) revisó numerosos estudios que mostraban que la exposición prolongada era más eficaz que la exposición de duración más corta. Pero, ¿en qué momento se termina la exposición? Gauthier y Marshall (1977) examinaron varios criterios por los que un clínico podría decidir terminar las sesiones de exposición en el caso de una fobia a las serpientes. Concretamente, examinaron la eficacia del tratamiento cuando la finalización de las sesiones de exposición estaba determinada por la vuelta a la línea base de cada una de las siguientes medidas: tasa cardíaca, ansiedad autoinformada por parte del paciente, la ansiedad del sujeto evaluada por dos observadores independientes y una mezcla de las tres medidas. El terminar las sesiones basándose en la reducción de la ansiedad evaluada por observadores produjo los mayores beneficios terapéuticos, en comparación con los otros métodos.

III.2. El grado de implicación del terapeuta

Los hallazgos han sido inconsistentes con respecto a la importancia de que haya un terapeuta presente durante las sesiones de exposición. Marks (1987) revisó numerosos estudios que mostraban que la autoexposición era eficaz para el tratamiento de distintos trastornos fóbicos, incluyendo la agorafobia, la ansiedad social y el trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, en el caso de las fobias específicas, parece que cierta implicación del terapeuta parece mejor que la ausencia de la misma. Öst, Salkovskis y Hellström (1991) encontraron que el 71% de los individuos con fobia a las serpientes mejoraban clínicamente después de la exposición asistida por el terapeuta, mientras que cuando la exposición era dirigida por uno mismo sólo mejoraba el 6%. Igualmente, O'Brien y Kelley (1980) encontraron que las sesiones de exposición que estaban asistidas en su mayor parte por el terapeuta eran significativamente más eficaces para reducir el temor a las serpientes que las sesiones que eran en su mayor parte o exclusivamente autodirigidas y ligeramente mejores que las sesiones que estaban totalmente asistidas por el terapeuta. Estos datos sugieren que la implicación del terapeuta es importante para superar las fobias a los animales, aunque también se debería enseñar al final a los pacientes a afrontar la situación por sí mismos. Bourque y Ladouceur (1980) no encontraron diferencias entre la exposición llevada a cabo con y sin el terapeuta presente, en el tratamiento de la fobia a las alturas. Sin embargo, el número de pacientes por grupo, en este estudio, era pequeño y los pacientes se encontraban con el terapeuta antes y después de la sesión de exposición en todas las condiciones de tratamiento. En otras palabras, incluso en las condiciones en que el terapeuta no estaba presente durante la exposición, las sesiones no eran totalmente autodirigidas. Se necesitan claramente más estudios para examinar los beneficios de la autoexposición para otros tipos de fobia específica.

III.3. La distracción durante las sesiones de exposición

Aunque la mayoría de los modelos sobre la reducción del miedo predicen que la distracción debería interferir con la eficacia de la exposición, los estudios sobre los efectos de la distracción han arrojado resultados contradictorios. Rodríguez y Craske (1993a) revisaron la literatura sobre la distracción durante la exposición a estímulos fóbicos y concluyeron que los efectos específicos de la distracción pueden depender de una serie de variables, incluyendo la forma en que se evalúa la ansiedad (p. ej., activación fisiológica *versus* ansiedad subjetiva), el tipo de distracción (p. ej., perceptiva *versus* cognitiva), el centro de la distracción (p. ej., distraerse del estímulo o de la situación *versus* hacerlo con respecto a la respuesta o a las sensaciones físicas), la calidad afectiva del estímulo distractor y la intensidad del miedo. Rodríguez y Craske (1993b) encontraron que era más probable que la distracción redujera los efectos de la exposición bajo condiciones de elevada intensidad en el caso de fobias a los animales. Además, Muris *et al.* (1993) sugirieron que determinadas diferencias en el estilo de afrontamiento pueden predecir los efectos de la distracción para un individuo específico. Concretamente, encontraron que individuos con fobia a las serpientes que eran «vigilantes» (es decir, que solían buscar información relevante al temor) respondían menos a la exposición focalizada que individuos «embotados» (es decir, los que solían evitar la información relacionada con el temor). Sugirieron que los sujetos vigilantes podrían beneficiarse más del tratamiento si se les distrajese de vez en cuando, aunque esta hipótesis tiene todavía que comprobarse.

III.4. La exposición en vivo versus la exposición en la imaginación

La exposición puede llevarse a cabo de determinadas formas. Aunque la exposición en la imaginación puede ser un método eficaz para reducir el miedo (p. ej., Baker *et al.*, 1973; Foa *et al.*, 1977), se acepta generalmente que la exposición en vivo es más eficaz que la exposición por medio de la imaginación (Marks, 1987). Por supuesto, la exposición en vivo no siempre es posible, especialmente cuando el afrontamiento directo de la situación temida es peligroso (p. ej., fobia a ser atacado), impracticable (p. ej., fobia a los monstruos) o difícil (p. ej., fobia a las tormentas, a volar). En esos casos, la exposición por medio de la imaginación puede ser una ayuda eficaz o un sustituto para la exposición directa o en vivo.

III.5. Combinación de otras estrategias con la exposición

Finalmente, ciertos tipos de fobia pueden beneficiarse de estrategias de tratamiento especializadas. El mejor ejemplo es el tratamiento de la fobia a la sangre por medio de la tensión aplicada (Kozak y Montgomery, 1981; Öst y Sterner, 1987). Debido al elevado porcentaje de individuos con fobia a la sangre que se desmayan en la situación que temen, se han desarrollado y puesto a prueba es-

trategias para evitar el desmayo en personas con fobia a la sangre. El desmayo tiende a ocurrir cuando un individuo experimenta una disminución repentina de la presión sanguínea después de la exposición a una situación con sangre. Por consiguiente, los investigadores han estudiado el empleo de la tensión aplicada (un método que aumenta temporalmente la presión sanguínea) para el tratamiento de la fobia a la sangre. Se ha demostrado de forma repetida que la tensión aplicada es un tratamiento eficaz para la fobia a la sangre (Öst *et al.*, 1984; Öst y Sterner, 1987). De hecho, la tensión aplicada puede ser un tratamiento más eficaz que la sola exposición (Öst, Fellenius y Sterner, 1991).

Además, se han utilizado otras estrategias solas o en combinación con la exposición en vivo, como la reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva (es decir, la exposición a las sensaciones temidas) y la relajación aplicada. Se sabe muy poco acerca de si estas estrategias añaden algo a la exposición en vivo para el tratamiento de las fobias específicas, aunque existen evidencias de que podrían tener un impacto limitado sobre la reducción del miedo (Booth y Rachman, 1992; Öst, Sterner y Fellenius, 1989).

IV. UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA ESPECÍFICA

En este apartado, describiremos un programa de tratamiento para las fobias específicas. Para una descripción más detallada de este tratamiento, se remite al lector a nuestro manual *Mastery of your specific phobia* (Antony, Craske y Barlow, 1995). Este manual incluye información general sobre la naturaleza de las fobias específicas, así como capítulos detallados sobre el tratamiento de los tipos de fobia específica más comunes (p. ej., a las alturas, a los animales, a las inyecciones/sangre, claustrofobia, etcétera).

IV.1. Evaluación inicial y presentación del tratamiento

Aunque el malestar y el deterioro funcional asociados con las fobias específicas no son normalmente tan graves como los asociados a otros trastornos por ansiedad, el deseo de evitar la situación fóbica es normalmente tan potente o más que el de los otros tipos de trastornos fóbicos. No es raro que los individuos se nieguen a exponerse al objeto o situación fóbicos o incluso a discutir el motivo de su miedo. Por consiguiente, la presentación de una explicación del tratamiento de forma clara y convincente es esencial para la intervención con éxito de las fobias específicas. La primera parte de la sesión inicial se emplea para definir los parámetros de la fobia del sujeto, plantear un marco que ayude a comprender la naturaleza y las posibles causas de la fobia y discutir cómo ayudará el tratamiento a superar dicha fobia.

En nuestro programa, la primera sesión comienza con una breve discusión sobre la naturaleza de la ansiedad y el miedo. Concretamente, se enseña a los

pacientes que el miedo es una emoción normal y adaptativa y que la mayoría de las personas teme alguna situación. Además, se habla sobre los posibles factores etiológicos de la fobia del paciente (p. ej., condicionamiento directo, aprendizaje por observación, información errónea sobre la situación temida). Debido a que mucha gente con fobia no puede recordar cómo empezó su temor, se la tranquiliza señalando que no es necesario descubrir la causa inicial de una fobia para superar el miedo. Es más, el tratamiento aborda los factores actuales que mantienen el temor (p. ej., la evitación, la información inadecuada sobre el objeto temido, etcétera).

Se anima a los pacientes a que piensen en su fobia en términos de *sentimientos, pensamientos y conductas* asociados. Sobre los sentimientos experimentados durante la exposición, se les pide que describan la intensidad y la naturaleza de su reacción emocional (p. ej., llorar, gritar, aterrorizarse, etc.). Además, se les ayuda a generar una lista de los síntomas físicos (p. ej., tasa cardíaca acelerada, quedarse sin aliento, piernas temblorosas, mareos, sudores, desmayos) experimentados durante las exposiciones típicas.

Luego, los pacientes examinan las predicciones, las expectativas y los pensamientos específicos que ayudan a mantener su miedo. Los pensamientos ansiosos están relacionados a menudo con la situación temida (p. ej., ser mordido por una serpiente, alcanzado por un rayo, caerse de un lugar elevado, etc.), aunque muchos pacientes informan también de aprensión sobre los síntomas asociados con el miedo (p. ej., ansiedad sobre cómo reaccionarían en la situación). Como ejemplo, el cuadro 1.1 enumera algunos de los pensamientos ansiosos indicados a menudo por los individuos con fobia específica a conducir.

Más tarde, el terapeuta ayuda al paciente a que identifique las conductas asociadas con el objeto o situación temidos. En la mayoría de los casos, estas conductas tienen la función de ayudar a un individuo a controlar su miedo por medio de la evitación del objeto o situación fóbicos. La evitación puede ser manifiesta o más sutil. Ejemplos de estrategias de evitación manifiesta incluyen el rechazo a meterse en la situación y el escapar de ella cuando los propios miedos se hacen abrumadores. Formas sutiles de evitación incluirían la distracción, la ingesta de fármacos o drogas, o el empleo de otras ingeniosas estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, un individuo con una fobia a las alturas puede evitar el mirar hacia abajo desde un lugar elevado o insistir en agarrarse a la barandilla. Una persona que teme a las serpientes puede sentarse en la parte de la habitación que está más alejada de una serpiente que ha observado en una esquina. Alguien que tiene miedo a conducir podría hacerlo solamente en vías específicas o a determinadas horas.

Además, muchas personas con fobia confían en *señales de seguridad* cuando se enfrentan al objeto o situación fóbicos. Las señales de seguridad son estímulos que proporcionan una sensación de tranquilidad o seguridad en una situación temida. Por ejemplo, un individuo que teme a los ascensores podría utilizar éstos únicamente cuando va acompañado por un amigo o un familiar, de modo que se encontrara disponible la ayuda en caso de emergencia. Finalmente, los sujetos con fobias específicas a menudo realizan conductas que son protectoras en exceso. Una de las conductas más frecuentes de este tipo es la comprobación.

CUADRO 1.1. *Pensamientos de ansiedad informados a menudo por individuos con fobia a conducir*

<i>Pensamientos sobre la situación temida</i>	<i>Pensamientos sobre la reacción de ansiedad</i>
Tendré un accidente	Perderé el control sobre el coche
Saldré herido	Me distraeré
Los otros conductores no prestan atención	Mi mente se quedará en blanco
No soy un conductor aventajado	La ansiedad deteriorará mi conducción
Los otros conductores no saben conducir	Tendré una crisis o un ataque al corazón
Los otros conductores se enfadarán conmigo	Quedaré en ridículo
Los otros conductores pensarán que no sé conducir	Me moriré
Me perderé	Me perderé
Me meteré en un atasco	Mis sensaciones físicas serán demasiado fuertes
Mi coche se estropeará	Me desmayaré
Las condiciones de la carretera son peligrosas	El miedo me abrumará
Atropellaré a un peatón o a un animal	No seré capaz de reaccionar con suficiente rapidez
Mis maniobras confundirán a los otros conductores	

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Es probable que una persona con una fobia a las serpientes compruebe la hierba para descartar la presencia de serpientes antes de sentarse con ocasión de una merienda en el campo. La gente con fobia a las tormentas relatan a menudo pasar demasiado tiempo enterándose del estado del tiempo antes de planificar sus actividades diarias.

Aunque la evitación, la distracción, el exceso de confianza en señales de seguridad y otras conductas similares son métodos eficaces para controlar la ansiedad a corto plazo, se dice a los pacientes que estas conductas son contraproducentes a largo plazo. En primer lugar, estas conductas son reforzadas negativamente por el alivio que experimenta un individuo cuando evita o escapa de una situación, haciendo más difícil que participe de la situación en el futuro. En segundo lugar, la evitación impide que el individuo aprenda que la situación no es peligrosa y que es muy poco probable que sus predicciones ansiosas se conviertan en realidad.

Luego, se introduce la *exposición sistemática* a la situación fóbica como método principal a través del cual será tratada la fobia específica. En este punto, los pacientes a veces expresan dudas sobre si serán capaces de hacer frente a la situación o si la exposición va a poder ayudarles. Después de todo, un individuo que teme a las serpientes podría haberse encontrado frecuentemente serpientes du-

rante su vida cotidiana sin experimentar ningún alivio. De hecho, esa exposición podría haber aumentado su temor. Todas estas preocupaciones se abordan en una discusión sobre cómo la exposición terapéutica es diferente a los tipos de exposición que suelen ocurrir de forma natural en la vida del paciente.

Concretamente, la exposición terapéutica se prolonga en el tiempo e incluye prácticas repetidas separadas por un corto espacio de tiempo. Por el contrario, la exposición que tiene lugar en la vida cotidiana es normalmente breve (es decir, los pacientes suelen escaparse rápidamente) y tan poco frecuente como sea posible. Además, la exposición terapéutica es predecible y se encuentra bajo el control de los pacientes. Se les dice a éstos lo que pueden esperar, no se llevan nunca una sorpresa y tienen que dar su permiso antes de que se dé algún paso para aumentar la intensidad de la exposición. Por el contrario, la exposición de la vida diaria se percibe a menudo como impredecible y lejos del alcance del control del paciente. Finalmente, se proporciona a los pacientes toda una serie de estrategias de afrontamiento adaptativas para reemplazar a las estrategias empleadas anteriormente. Estas estrategias se describen en una sección posterior.

IV.2. La preparación de las prácticas de exposición

Para optimizar la eficacia de las prácticas de exposición, es importante determinar los parámetros específicos que afectan al temor concreto del paciente. Por ejemplo, algunas personas con fobia a las alturas tienen más miedo cuando se encuentran al borde de un desnivel sin protección. Otras informan de un mayor temor cuando conducen en lugares elevados (p. ej., puentes, carreteras empinadas). Algunos sujetos se ponen más ansiosos cuando están solos; otros se sienten peor cuando se encuentran acompañados. La identificación de las variables que influyen sobre el miedo de un individuo ayudará al desarrollo de ejercicios prácticos relevantes y a la identificación y prevención de conductas sutiles de evitación (p. ej., mirar hacia otro lado) durante esas prácticas. El cuadro 1.2 enumera algunas variables que podrían influir sobre los niveles de miedo en las fobias específicas. Se incluyen los ejemplos de una fobia a las serpientes y de una fobia a volar.

Ya que los pacientes suelen evitar las situaciones que temen, puede ser difícil identificar todas las variables que influyen sobre el miedo de un individuo. Por consiguiente, podría ser útil un test de aproximación conductual (TAC). Durante el TAC, se expone al paciente al objeto o situación temidos y se le pide que relate sus experiencias. Los TAC pueden ser una estrategia útil para ayudar a los pacientes a identificar las sensaciones, los pensamientos y las conductas ansiosas. Manipulando los parámetros específicos, el terapeuta puede examinar el efecto de estas variables sobre el miedo del paciente. Por ejemplo, cuando se trata una fobia a las inyecciones, el terapeuta puede evaluar si el punto donde se inserta la aguja afecta al temor del paciente colocando una jeringa en distintas partes (p. ej., en el brazo, en el antebrazo, etc.). Si el paciente está demasiado ansioso para pasar por un TAC antes de la intervención, entonces se puede responder a muchas de estas preguntas conforme progresa el tratamiento.

CUADRO 1.2. Variables que podrían influir sobre los individuos con fobias específicas

Ejemplo: Fobia a volar	Ejemplo: Fobia a las serpientes
Tamaño del avión	Forma de la serpiente
Ruidos en el avión	Color de la serpiente
Número de pasajeros; ocupación	Tamaño de la serpiente
Demora del vuelo: causas de la demora	Tipo de piel de la serpiente
Mal tiempo (p. ej., lluvia, niebla)	Potencial de ser mordido/a
Hora del día (luz versus oscuridad)	Presencia de otra persona
Asiento (pasillo, ventana, etc.)	Lugar (p. ej., el jardín versus la cama)
Oír las instrucciones de seguridad antes de despegar	Si la serpiente está encerrada (p. ej. en un frasco)
Turbulencias	Forma de exposición
Nieve o hielo en tierra	Imaginarsé serpientes
Superficie que se encuentra debajo (p. ej., agua o tierra)	Hablar sobre serpientes
Despegar	Mirar dibujos animados, juguetes fotos
Aterrizar	Observar serpientes grabadas en vídeo
Duración del vuelo	Observar serpientes en vivo
Altitud del avión (p. ej., por encima de la nubes)	Distancia hasta la serpiente
Presencia de amigos o familiares	Rapidez del movimiento
Cantidad de estrés en la vida del paciente	Impredecibilidad del movimiento
Tamaño del aeropuerto	Tipo de movimiento (p. ej., saltar)

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Antes de empezar con la exposición, el terapeuta debería tener una idea de las clases de situaciones que se evitan y de la dificultad relativa de dichas situaciones. Una vez que éstas se identifican, se desarrolla entonces una jerarquía de exposición. La jerarquía debería incluir de 10 a 15 situaciones temidas colocadas en orden de dificultad. El cuadro 1.3 es un ejemplo de una jerarquía de exposición desarrollada para un individuo con fobia a las serpientes.

CUADRO 1.3. Jerarquía de exposición para una fobia a las serpientes

Mirar de lejos la imagen de una serpiente
Mirar de cerca la imagen de una serpiente
Ver una película de una serpiente en movimiento
Permanecer a 3 metros de una serpiente viva encerrada en un recipiente
Permanecer a 1,5 metros de una serpiente viva encerrada en un recipiente
Permanecer a medio metro de una serpiente viva encerrada en un recipiente
Tocar el recipiente que contiene una serpiente viva
Emplear un trozo de papel y una botella para capturar una serpiente
Sostener una serpiente deslizándose por las manos
Sostener una serpiente deslizándose por los brazos

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Finalmente, antes de empezar las prácticas de exposición, el terapeuta y el paciente deberían generar una lista de variaciones de la situación temida. En muchos casos, el paciente no será capaz de proporcionar estímulos para las prácticas de exposición debido a la ansiedad que sufre cada vez que se encuentra con esos estímulos. Por consiguiente, a menudo dependerá del terapeuta o de la familia o amigos del paciente localizar los estímulos para las sesiones de exposición. Antony *et al.* (1995) enumeran modos de obtener estímulos fóbicos para las fobias específicas más frecuentes.

IV.3. *Llevando a cabo las prácticas de exposición*

La duración y el número ideales de las sesiones de exposición depende de las necesidades individuales del paciente así como del aguante del paciente y del terapeuta. Para algunos tipos de fobias (p. ej., a los animales, a las inyecciones), una única sesión de tratamiento puede ser suficiente para lograr resultados duraderos. Para otras clases de fobias (p. ej., a conducir), puede ser más difícil producir los desencadenantes específicos de la fobia (p. ej., mal tiempo, ser interceptado por otro conductor, etc.) durante las prácticas y ser necesarias más sesiones de tratamiento. En cualquier caso, las sesiones deberían durar de 1 a 3 horas, hasta que el paciente haya experimentado una reducción del miedo o sea capaz de realizar tareas más difíciles (p. ej., acercarse más a un animal temido) que cuando se inició la sesión. La mayoría de las fobias específicas pueden tratarse en un período que va de 1 a 5 sesiones, especialmente si el paciente practica por su cuenta entre sesiones.

Las prácticas deberían empezar con los ítems más fáciles de la jerarquía y progresar hacia los más difíciles, hasta que el último se lleve a cabo con éxito. La rapidez con la que se intentan los ítems más difíciles depende de cuánta ansiedad está dispuesto a tolerar el paciente. El moverse más deprisa por los ítems de la jerarquía conducirá a una reducción del miedo más rápida, aunque la intensidad del temor que se experimenta durante las prácticas será mayor. El desplazarse más lentamente hará que las prácticas sean menos aversivas, aunque llevará más tiempo superar la fobia. Normalmente, recomendamos que los pacientes avancen a través de los ítems de la jerarquía tan rápido como estén dispuestos a hacerlo.

Finalmente, los pacientes deberían alcanzar un punto en el que puedan hacer más que la mayoría de la gente que no tiene miedo estaría dispuesta a hacer en la situación fóbica. Por ejemplo, un individuo con una fobia a las serpientes debería alcanzar un punto en el que pudiera sostener una serpiente viva cómodamente. Una persona con claustrofobia debería llegar a un punto en el que pudiera permanecer en un armario pequeño y cerrado durante un largo período. Al llevar las prácticas de exposición hasta estos extremos, los tipos de situaciones que se pueden encontrar en la vida diaria de los pacientes serán mucho más fáciles. Por supuesto, no se debería pedir a éstos nada que fuese poco seguro (p. ej., cojer una serpiente viva en el campo).

Se pueden utilizar varios métodos para ayudar a los pacientes a superar pasos cada vez más difíciles durante las prácticas de exposición. En primer lugar, el

terapeuta debería ser el modelo continuamente de una conducta sin miedo ante el paciente. Por ejemplo, durante las etapas iniciales de la exposición a una altura elevada, el terapeuta podría estar con el paciente cerca del borde. Si se trabaja con un individuo que tiene miedo a los pájaros, el terapeuta debería ser capaz de demostrar cómo sostener y manejar los pájaros. No es raro que el terapeuta necesite practicar antes de trabajar con el paciente. Además, el terapeuta debería permanecer tranquilo a pesar del malestar del paciente. Se debería animar a los pacientes a que experimentasen la profundidad de sus sentimientos o sensaciones, en vez de luchar contra ellos, distraerse o escaparse. Se debería tranquilizar a los pacientes de que sus respuestas (p. ej., llorar, gritar) constituyen una parte normal de la superación de una fobia. El terapeuta debería preparar al sujeto para sentir un malestar intenso y explicarle que el malestar finalmente desaparecerá. Se debería insistir a los pacientes para que midieran su éxito por sus logros, en vez de hacerlo por la manera como se sienten en la situación. Una sesión con éxito es aquella en la que el paciente afronta la situación temida *a pesar* del miedo. La confianza del paciente aumentará con cada paso que se soporta sin consecuencias catastróficas.

Si un paciente rechaza llevar a cabo una tarea determinada, es función del terapeuta encontrar una forma creativa para ayudar al paciente a progresar. Una manera de conseguirlo es haciendo los pasos más pequeños. Por ejemplo, un paciente con una fobia a conducir puede llegar a un punto en el que conduzca acompañado, pero se niegue a llevar el coche solo. Un modo de resolverlo es hacer que el paciente conduzca y que el terapeuta le siga a corta distancia con otro coche. Este modo de conducir podría ser un paso intermedio necesario para ayudar al paciente a que conduzca solo. Gradualmente, se va incrementando la distancia entre el terapeuta y el paciente hasta que éste llegue a conducir básicamente solo.

IV.4. *Las prácticas entre sesiones*

Se debería animar a los pacientes para que lleven a cabo prácticas de exposición entre las sesiones. Normalmente, la exposición a la situación temida es más amenazante cuando no está el terapeuta y puede ser que los sujetos no estén dispuestos a realizar tareas prácticas que sean tan difíciles como las que se practicaron en la sesión. En la medida en que las prácticas entre las sesiones puedan ser estructuradas (p. ej., planificar un número concreto de prácticas y las ocasiones para las mismas), es más probable que los pacientes realicen las tareas para casa. El terapeuta debería anticipar posibles razones por las que no se pudiesen llevar a cabo las tareas para casa e intentar generar soluciones para aumentar la probabilidad de que el paciente realice sus prácticas. Una de las razones más comunes para no llevar a cabo la tarea para casa es la ansiedad excesiva que produce dicha tarea. Por consiguiente, se puede plantear a los pacientes sugerencias alternativas de prácticas en el caso de que encuentren la tarea principal demasiado difícil. Por ejemplo, se puede instruir a un paciente para que practique permanecer en un armario pequeño con la puerta cerrada cuando no hay nadie en casa, con el fin

de superar su temor a los lugares cerrados. Sin embargo, si esta tarea fuese demasiado difícil, el paciente podría reducir la intensidad de la exposición dejando la puerta del armario ligeramente abierta o realizando la práctica cuando un miembro de la familia está en casa. La tarea más difícil puede reservarse para otro día. Llevar a cabo una práctica más fácil es mejor que no realizar ninguna.

A veces puede ser de utilidad implicar a la familia o a los amigos del paciente en las prácticas de exposición. Los miembros de la familia pueden proporcionar ánimos y modelar la conducta sin miedo en la situación fóbica. Sin embargo, el terapeuta debería asegurarse de que el/la amigo/a o el miembro de la familia entienda las razones de la exposición, sea capaz y esté dispuesto/a a apoyar y ayudar al paciente durante las prácticas. Además, debería observar algunas de las sesiones de exposición en las que participa el terapeuta para que le sean familiares las reacciones del paciente y para que sepa cómo responder al miedo de éste. Finalmente, el paciente debería ser capaz de llevar a cabo las prácticas sin la ayuda de familiares o amigos.

IV.5. Otras estrategias de tratamiento

Estrategias cognitivas. Además de la exposición, se pueden emplear otros dos enfoques para ayudar a corregir la información errónea sobre el objeto o situación temidos. En primer lugar, se debería instruir a los pacientes a que busquen información sobre dicho objeto o situación. Por ejemplo, si un individuo tiene miedo a las serpientes, debería aprender tanto como pudiera sobre las serpientes. Si el movimiento de una serpiente es especialmente amenazante, el paciente debería leer sobre los movimientos de las serpientes y pasar cierto tiempo observando el movimiento de las mismas.

En segundo lugar, se debería enseñar a los pacientes a identificar pensamientos ansiosos poco realistas y considerar predicciones alternativas más realistas con respecto a la situación fóbica. El primer tipo de pensamiento ansioso que está frecuentemente asociado con las fobias específicas es la *sobreestimación de la probabilidad*. Esta clase de pensamiento implica una sobreestimación de la probabilidad de que algún acontecimiento predicho ocurra, como, por ejemplo, en el caso de los pacientes que tienen miedo a volar que a menudo sobreestiman la probabilidad de que un avión se estrelle. Para modificar este patrón de pensamiento, se debería enseñar a los pacientes a evaluar las evidencias a favor y en contra de sus pensamientos ansiosos. Por ejemplo, además de fijarse en las noticias que se producen de vez en cuando sobre aviones que se estrellan, a los pacientes que tienen miedo a volar debería enseñárseles a examinar las evidencias que fuesen contrarias a sus predicciones ansiosas (p. ej., todos los días despegan y aterrizan miles de aviones) y que evaluaran la probabilidad real de que sus predicciones llegasen a ser realidad.

El segundo tipo de pensamiento ansioso que suele darse en individuos con una fobia específica es el *pensamiento catastrófico*, que entraña una sobreestimación del impacto negativo de un acontecimiento si llegase a ocurrir. Por ejemplo, los pacientes con fobia a las serpientes a menudo creen que sería terrible e

incontrolable que una serpiente les tocara. Se puede poner en tela de juicio las predicciones catastróficas si cambiamos el centro de atención de los propios pensamientos desde lo terrible que podría ser un encuentro con el objeto fóbico hasta cómo podría afrontar dicho encuentro. Una forma de conseguir esto es hacerse a uno mismo preguntas tales como, «Realmente, ¿qué sería lo peor que podría ocurrir?», «¿Por qué sería tan terrible si me encontrara con el objeto o situación?» o «¿Cómo podría afrontar la situación?».

La exposición tiende a trabajar muy bien por sí misma. Sin embargo, para algunos pacientes, la reestructuración cognitiva puede ser una ayuda válida para dicha exposición. Además, estas estrategias podrían constituir métodos útiles para ayudar al paciente a realizar una práctica de exposición difícil que de otra manera podría haber evitado.

Exposición interoceptiva. Hay que recordar que algunos pacientes indican ansiedad con respecto a las sensaciones físicas asociadas con el miedo, además de la ansiedad ante el objeto o la situación fóbicos. Por ejemplo, aunque los individuos que tienen miedo a las alturas pueden sufrir de ansiedad ante la posibilidad de caer accidentalmente, o que les empujen, desde un lugar elevado, a menudo comunican la existencia de ansiedad ante la eventualidad de perder el control debido a los intensos síntomas físicos que también sienten. Además de la exposición a la situación fóbica, la exposición a las sensaciones temidas puede ser útil para algunos individuos. Esto es especialmente cierto para las fobias que están asociadas a una elevada ansiedad interoceptiva (p. ej., claustrofobia). Para estos pacientes, se pueden añadir, de forma sistemática, ejercicios de exposición interoceptiva a las prácticas de exposición situacional. Antony *et al.* (1995) describen cómo realizar esos ejercicios. Lo mismo que sucede con la exposición situacional, los ejercicios de exposición interoceptiva deberían llevarse a cabo de forma repetida hasta que ya no produzcan ansiedad. En el cuadro 1.4 se enumeran algunos ejemplos de ejercicios utilizados para provocar las sensaciones temidas.

CUADRO 1.4. Ejercicios para provocar sensaciones de temor durante las prácticas de exposición interoceptiva

1. Mover la cabeza de un lado a otro durante 30 segundos
2. Mantener la respiración tanto tiempo como pueda
3. Respirar a través de una paja durante dos minutos
4. Respirar rápidamente durante 60 segundos
5. Dar vueltas en una silla giratoria durante 90 segundos
6. Tensar todos los músculos del cuerpo durante 1 minuto

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos.

Tensión muscular aplicada. Como se indicó anteriormente, la tensión muscular aplicada se ha empleado con gran eficacia en el tratamiento de la fobia a la sangre. La tensión aplicada entraña el enseñar a los pacientes a tensar los múscu-

los de su cuerpo con el fin de elevar la presión sanguínea y, por consiguiente, evitar que se desmayen durante la exposición a las situaciones que incluyen sangre. Esta técnica fue desarrollada originalmente por Kozak y Montgomery (1981) y ampliada por Öst y Sterner (1987). Los pasos específicos utilizados en la tensión aplicada se enumeran en el cuadro 1.5.

CUADRO 1.5. *Cómo llevar a cabo la tensión muscular aplicada para las fobias a la sangre y a las inyecciones que incluyen el desmayarse*

1. Siéntate en un sillón cómodo y tensa los músculos de los brazos, del torso y de las piernas. Mantén la tensión durante 10 ó 15 segundos. Deberías mantener la tensión el tiempo suficiente para sentir una cálida sensación en la cabeza. Suelta la tensión y deja que tu cuerpo vuelva a la normalidad durante 20 ó 30 segundos. Repite el procedimiento cinco veces. Si quieres demostrarte a ti mismo que la tensión aumenta tu presión sanguínea, intenta medirla con un esfigmomanómetro antes y después de tensar los músculos.
2. Repite el paso anterior cinco veces al día (un total de 25 ciclos de tensión por día) durante una semana. La práctica te ayudará a perfeccionar la técnica. Si tienes dolores de cabeza, disminuye la fuerza de la tensión o la frecuencia de las prácticas.
3. Después de practicar los ejercicios de tensión durante una semana, empieza a utilizar las técnicas de tensión aplicada durante tus prácticas de exposición. Ten en cuenta que, si tienes miedo a las jeringuillas, será importante que mantengas el «brazo donde te pinchan» relajado durante la inserción de la aguja. Puedes incorporar esto a tus prácticas tensando todos los músculos excepto los de un brazo.
4. Una vez que puedas practicar la exposición con una ansiedad mínima, deja de realizar los ejercicios de tensión. Después de que el miedo haya disminuido, muchos individuos son capaces de estar en situaciones que incluyen sangre y jeringuillas sin desmayarse. Si sigues sintiendo que te vas a desmayar, empieza otra vez a utilizar los ejercicios de tensión aplicada durante las exposiciones.

Fuente: Adaptado de Antony, Craske y Barlow (1995). Copyright © 1995 Graywind Publications Incorporated. Reproducido con permiso. Reservados todos los derechos. Basado en las técnicas descritas por Öst y Sterner (1987).

Mantenimiento de los beneficios del tratamiento. El éxito de los tratamientos para la fobia específica basados en la exposición suele ser duradero (Öst, 1989). Sin embargo, se debería preparar a los pacientes para que afrontasen posibles recaídas. En nuestro programa, se advierte a los pacientes sobre varios factores que podrían llevar a un aumento del miedo en el futuro. El primero de estos factores es el estrés elevado. Se avisa a los pacientes que el estrés de la vida (p. ej., perder el trabajo, problemas maritales) podría aumentar la dificultad para enfrentarse a una situación a la que se había tenido miedo. En segundo lugar, una experiencia traumática en la situación temida (p. ej., un accidente de coche sufrido por un individuo que ha superado una fobia a conducir) podría hacer más difícil las próximas exposiciones. Finalmente, largos períodos sin exposición a la situación temida puede conducir a un regreso del temor en un pequeño porcentaje de pacientes. Si un individuo se da cuenta de que le vuelve el miedo, recomendamos que empiece otra vez con la exposición sistemática. Además, para

evitar un regreso del miedo, se debería animar a los pacientes a que realizasen prácticas adicionales de exposición cuando surja la oportunidad. Por ejemplo, los individuos que tienen miedo a las serpientes deberían pasar algún tiempo mirando, y quizás cogiendo, las culebras que encuentren en su casa antes de soltarlas al exterior. La exposición ocasional a la situación temida hará menos probables las recaídas.

V. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

Las fobias específicas se encuentran entre los trastornos de ansiedad más frecuentes y tratables. Hasta el 90% de los individuos con fobias a los animales o a las inyecciones mejoran mucho o se curan después de una sesión de terapia de exposición. Sin embargo, los individuos con fobias específicas se encuentran entre los que con menor probabilidad buscarán tratamiento para su trastorno por ansiedad. Las posibles razones para esta tendencia a evitar el tratamiento pueden incluir el grado relativamente pequeño de malestar y deterioro funcional experimentado por la gente con fobias específicas y, quizás, un desconocimiento (por parte de los pacientes y de los profesionales de la salud mental) de que existe un tratamiento eficaz.

Un área de investigación que acaba de comenzar es la exploración de las diferencias entre tipos específicos de fobias. Hasta la fecha, la mayoría de los estudios de tratamiento se han centrado en un número relativamente pequeño de fobias específicas. Aunque una única sesión de tratamiento es a menudo suficiente para las fobias a los animales, poco se sabe sobre la eficacia de los tratamientos de una única sesión para otras fobias frecuentes (p. ej., a las alturas, a conducir, a las tormentas, claustrofobia). Los estudios a realizar en un futuro próximo necesitarán tener en cuenta las diferencias entre fobias con respecto a la rapidez de la habituación, la importancia de los factores cognitivos (p. ej., información errónea sobre la situación temida), el centro de la atención (p. ej., señales situacionales *versus* señales interoceptivas) y los posibles papeles de otras respuestas negativas distintas al miedo (p. ej., enfado, sorpresa, desmayo, etc.).

REFERENCIAS

- Agras, S., Sylvester, D. y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (*DSM-IV*). Washington, D.C.: APA.
- Antony, M. M. (1994). *Heterogeneity among specific phobia types in DSM-IV*. Tesis doctoral no publicada, University at Albany, State University of New York.

- Antony, M. M., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Baker, B. L., Cohen, D. C. y Saunders, J. T. (1973). Self-directed desensitization for acrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 79-89.
- Ball, S. G. y Otto, M. W. (1993, noviembre). *Cognitive-behavioral treatment of choking phobia: Three case studies*. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Booth, R. y Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia-I. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 207-221.
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. y Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 227-241.
- Bourque, P. y Ladouceur, R. (1980). An investigation of various performance-based treatments with acrophobics. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 161-170.
- Carter, M. M., Hollon, S. D., Carson, R. y Shelton, R. C. (1995). Effects of a safe person on induced distress following a biological challenge in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 156-163.
- Craske, M. G. (1989). *The boundary between simple phobia and specific phobia* (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group). Albany, NY: Phobia and Anxiety Disorders Clinic.
- Craske, M. G. y Sipsas, A. (1992). Animal phobias versus claustrophobias: Exteroceptive versus interoceptive cues. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 569-581.
- Curtis, G. C., Hill, E. M. y Lewis, J. A. (1990). *Heterogeneity of DSM-III-R simple phobia and the simple phobia/agoraphobia boundary: Evidence from the ECA study*. (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group.) Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Curtis, G. C., Himle, J. A., Lewis, J. A. y Lee, Y. (1989). *Specific situational phobias: Variant of agoraphobia?* (Report to the DSM-IV Anxiety Disorders Work-group). Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Denholtz, M. S. y Mann, E. T. (1975). An automated audiovisual treatment of phobias administered by non-professionals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 111-115.
- De Silva, P. y Rachman, S. (1984). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 87-91.
- Eaton, W. W., Dryman, A. y Weissman, M. M. (1991). Panic and phobia. En L. N. Robins y D. A. Regier (dirs.), *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. Nueva York: The Free Press.
- Ehlers, A., Hofmann, S. G., Herda, C. A. y Roth, W. T. (en prensa). Clinical characteristics of driving phobia. *Journal of Anxiety Disorders*.
- Foa, E. B., Blau, J. S., Prout, M. y Latimer, P. (1977). Is horror a necessary component of flooding (implosion)? *Behaviour Research and Therapy*, 15, 397-402.
- Foa, E. B., Jameson, J. S., Turner, R. M. y Payne, L. L. (1980). Massed versus spaced exposure sessions in the treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 333-338.
- Foa, E. B. y Kozak, M. S. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Gauthier, J. y Marshall, W. L. (1977). The determination of optimal exposure to phobic stimuli in flooding therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 403-410.

- Gray, J. A. (1985). Issues in the neuropsychology of anxiety. En A. H. Tuma y J. D. Maser (dirs.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Himle, J. A., McPhee, K., Cameron, O. J. y Curtis, G. C. (1989). Simple phobia: Evidence for heterogeneity. *Psychiatry Research*, 28, 25-30.
- Holden, A. E. y Barlow, D. H. (1986). Heart rate and heart rate variability recorded in vivo in agoraphobics and nonphobics. *Behavior Therapy*, 17, 26-42.
- Howard, W. A., Murphy, S. M. y Clarke, J. C. (1983). The nature and treatment of fear of flying: A controlled investigation. *Behavior Therapy*, 14, 557-567.
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L.-G. (1986). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 587-596.
- Kessler, R. C., McMonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kozak, M. J. y Montgomery, G. K. (1981). Multimodal behavioral treatment of recurrent injury-scene elicited fainting (vasodepressor syncope). *Behavioural Psychotherapy*, 9, 316-321.
- Lader, M. H. y Wing, L. (1966). *Physiological measures, sedative drugs, and morbid anxiety*. Londres: Oxford University.
- Lang, P. J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. En A. H. Tuma y J. D. Maser (dirs.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Liddell, A., Ning, L., Blackwood, J. y Ackerman, J. D. (1991, noviembre). Long term follow-up of dental phobics who completed a brief exposure based behavioral treatment program. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Nueva York.
- Lopatka, C. L. (1989). *The role of unexpected events in avoidance*. Tesis de máster sin publicar, University at Albany, State University of New York.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1966). Different ages of onset in varieties of phobia. *American Journal of Psychiatry*, 123, 218-221.
- Marshall, W. L. (1988). Behavioral indices of habituation and sensitization during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 67-77.
- McNally, R. J. (1986). Behavioral treatment of choking phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 185-188.
- Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behaviour*. Nueva York: Wiley.
- Muris, P., De Jong, P. J., Merckelbach, H. y Van Zuuren, F. (1993). Is exposure therapy outcome affected by a monitoring coping style? *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 291-300.
- O'Brien, T. P. y Kelley, J. E. (1980). A comparison of self-directed and therapist-directed practice for fear reduction. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 573-579.
- Öst, L.-G. (1987). Age of onset of different phobias. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 223-229.
- Öst, L.-G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Öst, L.-G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68-74.
- Öst, L.-G., Fellenius, J. y 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., Johansson, J. y Jerremalm, A. (1982). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 445-460.
- Öst, L.-G., Lindahl, I.-L., Sterner, U. y 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., Salkovskis, P. M. y Hellström, K. (1991). One-session therapist directed exposure vs. self-exposure in the treatment of spider phobia. *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Öst, L.-G. y Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Öst, L.-G., Sterner, U. y Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 109-121.
- Rachman, S. J. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 51-60.
- Rachman, S. J., Craske, M. G., Tallman, K. y Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning: It's not what you think it is. *American Psychologist*, 43, 151-160.
- Rodríguez, B. I. y Craske, M. G. (1993a). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 549-558.
- Rodríguez, B. I. y Craske, M. G. (1993b, noviembre). *Distraction during high and low intensity in vivo exposure*. Comunicación presentada en la convención anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1989). The influence of perceived control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% CO₂-enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 46, 157-162.
- Solyom, L., Shugar, R., Brynwick, S. y Solyom, C. (1973). Treatment of fear of flying. *American Journal of Psychiatry*, 130, 423-427.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Antony, M. M., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1995). *Mastery of your specific phobia*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Hagopian, L. P. y Öllendick, T. H. (1993). Simple phobia in children. En R. T. Ammerman y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy with children and adults*. Boston, Ma: Allyn and Bacon.
- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, 1-30.
- Stanley, M. A. y Beidel, D. C. (1993). Simple phobia in adults. En R. T. Ammerman y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy with children and adults*. Boston, Ma: Allyn and Bacon.
- Taylor, C. B. y Arnow, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: The Free Press.
- Thyer, B. A., Baum, M. y Reid, L. D. (1988). Exposure techniques in the reduction of fear: A comparative review of the procedure in animals and humans. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 10, 105-127.

2. FOBIA SOCIAL

VICENTE E. CABALLO*, VERANIA ANDRÉS** y FRANCISCO BAS**

I. INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años se ha dicho que la fobia social era el trastorno por ansiedad más olvidado (Liebowitz *et al.*, 1985) y durante unos cuantos años ha sido el menos comprendido e investigado de dichos trastornos (Herbert, Bellack y Hope, 1991; Judd, 1994; Turner *et al.*, 1989). La fobia social no fue reconocida oficialmente como entidad diagnóstica hasta la publicación del *DSM-III* en 1980 (APA, 1980), aunque ya había sido descrita clínicamente con anterioridad (p. ej., Marks, 1969; Shaw, 1976). Sin embargo, este panorama ha cambiado notablemente en los últimos años, produciéndose un espectacular aumento en el interés y la investigación por la fobia social y su tratamiento (véase, p. ej., Salaberría *et al.*, 1996). Incluso la Asociación Mundial de Psiquiatría ha creado un grupo de trabajo para el estudio de la fobia social que recientemente ha expuesto algunas de sus conclusiones (Montgomery, 1996).

Sin embargo, aunque es cierto que la investigación sistemática sobre la fobia social, tal como la han diagnosticado los sistemas de clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1980, 1987, 1994) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1992), empezó a tener relevancia desde final de los años ochenta, no es menos cierto que la investigación sobre ansiedad social y su tratamiento había sido importante, especialmente en Estados Unidos, durante los años setenta y ochenta. Gran parte de la investigación en las áreas conocidas entonces como "asertividad" y "habilidades sociales" es válida para el estudio de la fobia social, su evaluación y su tratamiento (véase Caballo, 1993). Aún más, es probable que gran parte de los sujetos tratados en esos años bajo programas de "entrenamiento asertivo" y/o "entrenamiento en habilidades sociales" hubieran recibido un diagnóstico de fobia social hoy día. El *zeitgeist* actual aboga por un diagnóstico de los distintos trastornos psicológicos y, a partir de ahí, por la búsqueda de tratamientos específicos para cada uno de ellos, principalmente de tipo cognitivo-conductual y/o farmacológico. Aunque apenas se hable de los años setenta a la hora de abordar el estudio de la fobia social, las investigaciones realizadas en ellos se reflejan actualmente y de forma importante en la evaluación y en los tratamientos psicosociales de dicho trastorno.

Se han señalado una serie de razones por las que se ha tardado tanto tiempo en reconocer a la fobia social como un importante problema de salud, razones tales como una información inadecuada sobre la falta de tratamiento para la fobia social, la renuencia a interactuar con extraños (y por consiguiente con un te-

* Universidad de Granada (España) y ** Centro de Psicología Bertrand Russell, Madrid (España).

rapeuta) inherente a este trastorno, la frecuente comorbilidad con otros trastornos (que hace que se considere a la fobia social como una condición secundaria), la escasa atención prestada por la clase médica hasta hace pocos años a este problema o las estrategias de afrontamiento de los sujetos con fobia social que a menudo adaptan su estilo de vida a su trastorno (Montgomery, 1995).

Otra razón apuntada ha sido la naturaleza universal de muchas de las experiencias de ansiedad social (Hazen y Stein, 1995a; Uhde, 1995). ¿Quién no ha sentido ansiedad al tener que hablar en público, al entablar una conversación con un miembro atractivo del sexo opuesto al que no conocemos o al dirigirnos a un superior para pedirle algo? Un aspecto común a estas situaciones que explica, al menos en parte, la ansiedad que sentimos en ellas es el temor a la evaluación negativa por parte de los demás. Y este temor es una característica básica de los sujetos con fobia social cuando se encuentran en las situaciones que temen. Se ha llegado incluso a decir que el término "fobia social" quizá no sea apropiado para describir el síndrome clínico que define (Stein, 1995). Este autor indica que el término anterior implica que el individuo teme a las situaciones sociales, cuando a lo que realmente tiene miedo es a ser evaluado *negativamente* por los demás. Y teniendo en cuenta la universalidad de este temor, se ha planteado si no sería posible que los seres humanos estuviéramos preparados por la evolución para temer el escrutinio y la evaluación de los demás (Rosenbaum *et al.*, 1994).

Aunque el sentir ansiedad en determinadas situaciones sociales es algo relativamente frecuente entre la gente, dicha ansiedad no suele alcanzar una intensidad tan elevada que interfiera con la capacidad de una persona para funcionar adecuadamente en esas situaciones. Entonces, la cuestión no es tanto si la persona tiene ansiedad social, sino cuánta ansiedad experimenta, cuánto dura el episodio de ansiedad, con qué frecuencia vuelve a ocurrir dicha ansiedad, qué grado de conducta de evitación desadaptativa provoca esa ansiedad y cómo evalúa la ansiedad el individuo que la padece (Falcone, 1995; Walen, 1985).

II. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

La *fobia social* se define en el *DSM-IV* (APA, 1994) como «un temor acusado y persistente a una o más situaciones sociales o de actuación en público en las que la persona se ve expuesta a gente desconocida o al posible escrutinio por parte de los demás. El sujeto teme actuar de alguna manera (o mostrar síntomas de ansiedad) que pueda ser humillante o embarazosa» (APA, 1994, p. 416). El sujeto tiene que *hacer* algo mientras *sabe* que los demás le estarán observando y, en cierta medida, *evaluando* su conducta. La característica distintiva de los sujetos con fobia social es el temor al escrutinio por parte de los demás (Heimberg, Dodge y Becker, 1987; Taylor y Arnou, 1988). Generalmente, los sujetos con fobia social temen que ese escrutinio sea embarazoso, humillante, les haga aparecer como tontos o sean evaluados negativamente. Esto es claramente fobia "social", porque dichos sujetos no tienen dificultades cuando realizan las mis-

mas tareas en privado. «La conducta se deteriora sólo cuando los demás les están observando» (Barlow, 1988, p. 535).

El *DSM-IV* (APA, 1994) indica también, dentro de los criterios diagnósticos para la fobia social, que la exposición a la situación social temida provoca ansiedad de modo casi invariable en el individuo con fobia social y que éste reconoce que su temor es excesivo o poco razonable. Además, las situaciones sociales o de actuación en público se evitan o se soportan con una ansiedad intensa, los síntomas del trastorno interfieren de manera importante con el funcionamiento del individuo en una o más áreas y/o se da un notable malestar por el hecho de padecer la fobia.

Las situaciones sociales más frecuentemente temidas por los sujetos con fobia social incluyen (Hazen y Stein, 1995a; Hope, 1993; Schneier *et al.*, 1991; Turner *et al.*, 1992a):

- Iniciar y/o mantener conversaciones
- Quedar (citarse) con alguien
- Asistir a una fiesta
- Comportarse asertivamente (p. ej., expresar desacuerdo o rechazar una petición)
- Telefonar (especialmente a personas a quienes no se conoce muy bien)
- Hablar con personas con autoridad
- Devolver un producto a la tienda donde lo ha comprado
- Hacer contacto ocular con gente que no conoce
- Hacer y recibir cumplidos
- Asistir a reuniones, congresos
- Hablar en público (p. ej., ante grupos grandes o pequeños)
- Actuar ante otras personas
- Ser el centro de la atención (p. ej., entrar en una habitación cuando la gente ya está sentada)
- Comer/beber en público
- Escribir/trabajar mientras le están observando
- Utilizar los urinarios públicos

Los sujetos con fobia social intentarán evitar estas situaciones, pero en ocasiones no tendrán más remedio que soportarlas, aunque con una notable ansiedad. Los síntomas somáticos más frecuentes de la respuesta de temor en estos sujetos son (Amies, Gelder y Shaw, 1983): palpitaciones (79%), temblar (75%), sudar (74%), tensión muscular (64%), sensación de vacío en el estómago (63%), boca seca (61%), sentir frío/calor (57%), ruborizarse (51%) y tensión/dolores de cabeza (46%).

El síntoma conductual más habitual de la fobia social es la evitación de las situaciones temidas. Por definición, los sujetos con fobia social temen o evitan situaciones en las que es posible la observación por parte de los demás (Caballo, 1995; Echeburúa, 1993). Los factores cognitivos que pueden estar implicados en el mantenimiento o agravamiento de la fobia social son relativamente numerosos. Entre ellos se encuentran una sobreestimación de los aspectos negativos de su conducta, una excesiva conciencia de sí mismo, un temor a la evaluación negativa, unos patrones excesivamente elevados para la evaluación de su actuación,

una percepción de la falta de control sobre su propia conducta, etc. (Caballo, 1995).

Aunque el *DSM-IV* (APA, 1994) sólo reconoce la fobia social (discreta) y la fobia social generalizada, se han propuesto otros subtipos de fobia social. Así por ejemplo, Heimberg (1995) propone la existencia de una *fobia social discreta* o circunscrita, que se da cuando el individuo sólo teme una o dos situaciones, una *fobia social no generalizada*, cuando se temen varias situaciones sociales y *fobia social generalizada*, que se diagnostica cuando el sujeto teme a la mayoría de las situaciones sociales. Se ha planteado que el *trastorno de la personalidad por evitación* sería un problema psicopatológico más acusado que la fobia social (p. ej., Marks, 1985; Turner *et al.*, 1986) e incluso en muchos casos se daría una comorbilidad de la fobia social generalizada más el trastorno de la personalidad por evitación (los porcentajes encontrados van del 25 al 89%), que sería la condición más grave. Nosotros dudamos que con base en los criterios diagnósticos del *DSM-IV* se pueda distinguir entre fobia social generalizada y trastorno de la personalidad por evitación (véase Caballo, 1995), por lo que hasta que no se refinen más los criterios diagnósticos para ambos trastornos no consideramos apropiado ni útil ni científicamente correcto plantearlos como trastornos diferentes.

El Comité para la fobia social del *DSM-IV* consideró la posibilidad de adoptar un sistema de clasificación de tres subtipos de fobia social, *tipo actuación*, *tipo interacción limitada* y *tipo generalizado*, aunque finalmente se decidió por incluir solamente este último (Hazen y Stein, 1995b). Algunos autores han propuesto incluso al *temor a hablar en público* como un subtipo específico de la fobia social (Stein, Walker y Forde, 1994), debido fundamentalmente a la mayor prevalencia de este tipo de ansiedad social sobre los demás.

Aunque es difícil establecer la edad promedio de la aparición de la fobia social debido a nuestra excesiva dependencia de los informes retrospectivos, sí parece claro que es un trastorno que empieza a una temprana edad. Aparentemente un período crítico para el inicio del trastorno es la adolescencia (APA, 1994; Kendler *et al.*, 1992; Schwalberg *et al.*, 1992; Turner, Beidel y Townsley, 1992a), especialmente los primeros años (Schneier *et al.*, 1992); sin embargo, también hay que prestar atención de forma importante a la época infantil, ya que este último autor encontró un porcentaje del 33% de sujetos que habían iniciado el trastorno entre los 0-10 años. Una vez desarrollado, el trastorno suele ser crónico y durar toda la vida (véase Caballo, 1995).

La prevalencia de la fobia social ha variado notablemente según los distintos estudios, aunque actualmente parece considerarse como uno de los trastornos "mentales" más frecuentes, con porcentajes que varían del 3 al 13% (APA, 1994), aunque esos porcentajes pueden ser superiores, como el 14,4% (en Francia) encontrado por Weiller *et al.* (1996) o inferiores, como el 2,6% (en Estados Unidos), el 1% (en Puerto Rico) y el 0,5% (en Corea) hallado por Weissman *et al.* (1996), dependiendo de la cultura donde se realiza el estudio y de los autores del mismo. La distribución por sexos es básicamente igual en muestras clínicas (véase Caballo, 1995), mientras que en la población general el porcentaje de mujeres parece ser superior al de hombres, constituyendo del 59 al 72% de las personas con fobia social (Davidson *et al.*, 1993; Kessler *et al.*, 1994; Myers *et al.*, 1984).

Una posible explicación de esta discrepancia de los datos entre muestras clínicas y no clínicas se encontraría en las diferentes estrategias que adoptan hombres y mujeres para afrontar su problema, siendo más probable que los hombres utilicen el alcohol, o las drogas en general, como método de afrontamiento.

Es frecuente la comorbilidad de la fobia social con otros trastornos del Eje I, especialmente con problemas de ansiedad como la fobia específica, la agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno por ansiedad generalizada (Davidson *et al.*, 1993; Sanderson *et al.*, 1987). A veces también se acompaña por problemas con el alcohol u otras drogas, que suele servir a los sujetos con fobia social como método de afrontamiento (inadecuado) de la misma. Entre los trastornos de la personalidad que acompañan con más frecuencia a la fobia social aparecen los trastornos obsesivo-compulsivo, por dependencia e histriónico de la personalidad (Jansen *et al.*, 1994; Turner *et al.*, 1992a), sin considerar al trastorno de la personalidad por evitación debido a la imposibilidad para distinguirlo de la fobia social generalizada.

Aunque no existe mucha información sobre las limitaciones del funcionamiento debidas a la fobia social, se ha indicado que ésta puede tener un impacto muy importante sobre el estilo de vida del sujeto (Montgomery, 1995). Así, se ha encontrado que es más probable que las personas con fobia social, cuando se las compara con sujetos control (Davidson *et al.*, 1993; Schneier *et al.*, 1992): a) estén solteras, b) tengan un menor estatus socioeconómico, c) tengan menos estudios, d) sean dependientes económicamente, e) tengan menos poder adquisitivo, f) padezcan otros trastornos psicológicos, g) piensen en el suicidio, h) se suiciden, i) cambien más a menudo de trabajo, j) no funcionen bien en el trabajo, k) estén socialmente aisladas y l) tengan un deficiente apoyo social.

III. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DEL TRATAMIENTO DE LA FOBIA SOCIAL

La fobia social puede ser tratada hoy día con eficacia por medio de intervenciones cognitivo-conductuales. Aunque todavía quedan muchos problemas por resolver, sí podemos señalar que la posición cognitivo-conductual plantea tratamientos empíricamente validados para la fobia social. Seguidamente presentamos algunas de las bases teóricas sobre las que se apoya la aplicación de distintas técnicas de tratamiento para la fobia social.

III.1. Condicionamiento clásico, operante y vicario

Aunque la causa exacta de las fobias no se conoce, se consideran normalmente como temores aprendidos, adquiridos por medio del condicionamiento directo, del condicionamiento vicario (cuando el temor es aprendido al observar el temor en los demás) o por la transmisión de información y/o de instrucciones (Caballo, Aparicio y Catena, 1995).

Sin embargo, no es frecuente que un sujeto con fobia social describa un único suceso traumático como el inicio de la fobia. El miedo va aumentando

gradualmente como resultado de repetidas experiencias productoras de temor o por medio del aprendizaje social. A veces esto ocurre en un momento de estrés o de elevada activación, cuando las respuestas de temor se aprenden fácilmente.

Una interpretación amplia de la teoría de los dos factores de Mowrer sirve para explicar la adquisición y mantenimiento de las reacciones fóbicas. Los síntomas de la fobia social constituyen una respuesta condicionada adquirida por medio de la asociación entre el objeto fóbico (el estímulo condicionado) y una experiencia aversiva. Una vez que se ha adquirido la fobia, la evitación de la situación fóbica elude o reduce la ansiedad condicionada, reforzando consecuentemente la conducta evitativa. Esta evitación mantiene la ansiedad, ya que hace difícil aprender que el objeto o la situación temidos no son de hecho peligrosos o no tan peligrosos como piensa o anticipa el paciente. Los pensamientos pueden servir también para mantener el temor, pensamientos sobre síntomas somáticos, sobre las posibles consecuencias negativas de la actuación, etcétera.

Öst y Hugdahl (1981) encontraron que el 58% de los sujetos con fobia social adquirieron sus fobias como consecuencia de una experiencia directa. Turner *et al.* (1992b) informan que al entrevistar a una muestra de 71 pacientes con fobia social, un 50% aproximadamente relataba lo que parecía ser una experiencia de condicionamiento. Estos últimos autores también indican que un gran porcentaje de pacientes informaban de una "timidez" premórbida y siguen diciendo que es probable que para muchos individuos haya otros factores que sean importantes, además de la experiencia de condicionamiento, incluyendo variables tanto biológicas como no biológicas.

Otra forma de adquirir los temores sociales es el condicionamiento vicario. Según este paradigma, observar a los demás experimentar ansiedad en situaciones sociales puede conducir a que el observador tema esas situaciones. Bruch *et al.* (1988) encontraron que los padres de los sujetos con fobia social evitaban ellos mismos las situaciones sociales, pero Öst y Hugdahl (1981) hallaron que en sólo el 12% de los sujetos con fobia social el condicionamiento vicario era responsable del desarrollo de la fobia. Hay que señalar, no obstante, que una relación entre los temores de los padres y de los hijos puede ser también el resultado de procesos distintos al condicionamiento vicario, como, por ejemplo, procesos de información, influencias genéticas o experiencias traumáticas similares.

III.2. Conciencia pública de uno mismo

Algunos autores (p. ej., Buss, 1980) han sugerido que las personas con ansiedad social pueden puntuar alto en la dimensión de "conciencia pública de uno mismo". Ésta se define como un darse cuenta de uno mismo como objeto social (Heimberg *et al.*, 1987). La conciencia pública de uno mismo sugiere que los estímulos relativos a la evaluación social pueden ser más destacados y que el individuo puede reaccionar en mayor grado ante los resultados de los acontecimientos sociales.

III.3. Presentación de uno mismo

La ansiedad social se define aquí como la ansiedad que resulta de la perspectiva o la presencia de evaluación personal en situaciones sociales imaginadas o reales. Schlenker y Leary (1982) señalan que dicha ansiedad tiene lugar cuando una persona está motivada para crear una determinada impresión en los demás, pero *duda* sobre su propia capacidad para tener éxito en crear esa impresión, teniendo expectativas de reacciones (relativas a dicha impresión) poco satisfactorias por parte de los demás. Según este enfoque, la gente experimenta ansiedad social cuando se dan dos condiciones necesarias y suficientes. Primero, la persona tiene que estar motivada para (o tener el objetivo de) causar una impresión determinada en los demás. La segunda condición necesaria para producir ansiedad es que el individuo crea que no va a ser capaz de transmitir las impresiones que desea transmitir y, por lo tanto, que no sea visto de la manera que desea.

III.4. La vulnerabilidad

Beck y Emery (1985) han presentado un modelo de ansiedad donde el concepto de *esquema cognitivo* juega un papel básico. Los esquemas son estructuras cognitivas que se utilizan para etiquetar, clasificar, interpretar, evaluar y asignar significados a objetos y acontecimientos. Ayudan al individuo a orientarse hacia la situación, recordar selectivamente datos relevantes y atender sólo a los aspectos más importantes de ella. En los trastornos por ansiedad, se puede describir al individuo funcionando en el *modo de vulnerabilidad*. La vulnerabilidad la definen Beck y Emery como «la percepción que tiene una persona sobre sí misma viéndose sujeta a peligros internos y externos sobre los que carece de control o éste es insuficiente para permitirle una sensación de seguridad» (p. 67). Cuando está activo el modo de vulnerabilidad, la información que llega se procesa en términos de debilidad en vez de fortaleza y la persona se encuentra más influida por acontecimientos pasados que enfatizan sus fallos que por factores que podrían predecir el éxito. La sensación de vulnerabilidad en el individuo se mantiene al excluir o distorsionar datos contradictorios por medio de los esquemas cognitivos predominantes: minimización de las ventajas personales, magnificación de las debilidades propias, atención selectiva a las debilidades, descartar el valor de los éxitos pasados, etcétera.

El sujeto con fobia social está hipervigilante ante la amenaza social, evaluando constantemente la gravedad de una amenaza potencial y su capacidad para enfrentarse a ella. Las distorsiones cognitivas hacen que llegue a una estimación poco razonable de la amenaza o de los recursos de afrontamiento.

Beck y Emery (1985) señalan que el individuo socialmente ansioso teme consecuencias sociales que, en gran medida, parecen plausibles y pueden realmente suceder. La persona que espera sentirse incómoda en una primera cita o en una entrevista laboral o que teme tener dificultades para encontrar algo que decir cuando intenta hablar con una persona que encuentra atractiva, estará en lo correcto de vez en cuando. Sin embargo, el sujeto con fobia social es único

entre las víctimas de los trastornos por ansiedad, porque el temor de estas consecuencias puede servir para que se produzcan realmente. Según Beck y Emery (1985) la inhibición automática del habla, del pensamiento y del recuerdo son respuestas "primarias" ante la ansiedad, pudiendo distraer a la persona de la tarea social, proporcionando evidencia adicional para la evaluación negativa y manteniendo la primacía del modo de vulnerabilidad.

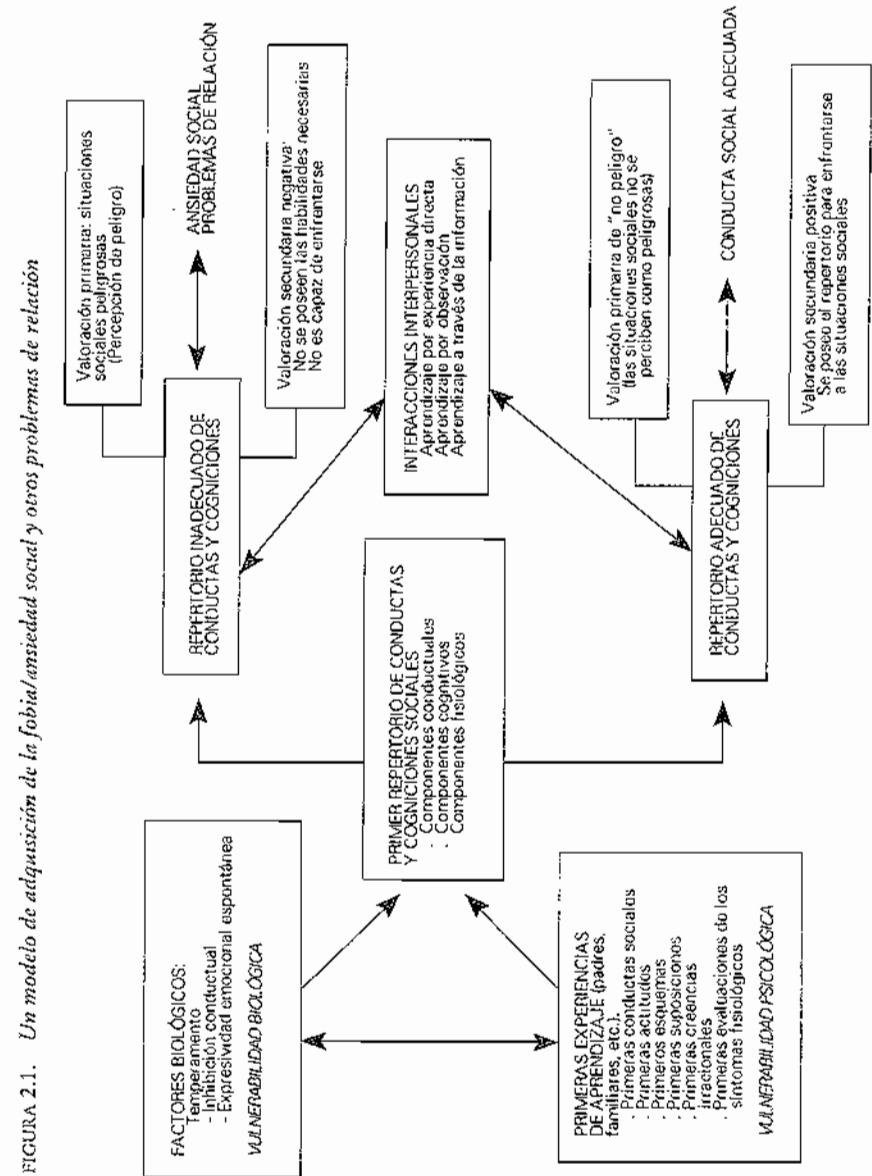
IV. UN MODELO PARA LA ADQUISICIÓN DE LA FOBIA/ANSIEDAD SOCIAL

La adquisición de la fobia social puede tener lugar por diferentes vías (contacto directo con la situación de temor, aprendizaje por observación, información), pero también influyen otros factores de manera importante. Así por ejemplo, puede existir una vulnerabilidad biológica, denominada bien *inhibición conductual* (Kagan, Snidman y Arcus, 1993), bien *expresividad emocional espontánea* (Buck, 1991) o bien cualquier otro nombre, que establezca la base para una posible ansiedad/fobia social. Aparte de este inicio biológico, las primeras experiencias de aprendizaje son cruciales para favorecer y reforzar la predisposición biológica o bien para reducir y desalentar la misma. Después de cierto tiempo, el sujeto ya posee un primer repertorio de comportamientos y cogniciones relativos a las situaciones e interacciones sociales. Ese primer repertorio puede ser adecuado y adaptativo o inadecuado y desadaptativo. Dicho repertorio se va modificando o manteniendo a través de las interacciones interpersonales que experimenta el individuo diariamente, aprendiendo por contacto directo, por observación o a través de la información que le llega. Esa interacción entre el repertorio conductual/cognitivo del sujeto y las interacciones sociales va definiendo un repertorio adecuado o inadecuado. En el primer caso, las situaciones sociales no se verán como peligrosas y el sujeto pensará que posee las habilidades suficientes para enfrentarse con las situaciones que va encontrando, lo que a su vez fortalecerá y mejorará el repertorio del sujeto. En el segundo caso, el repertorio inadecuado hará que las situaciones sociales se vean como peligrosas y que se piense que no se es capaz de enfrentarse eficazmente a las situaciones con las que el sujeto se encuentra, produciendo problemas de interacción que, a su vez, mantienen o deterioran aún más ese repertorio inadecuado.

En la figura 2.1 se puede encontrar una representación gráfica del modelo que acabamos de plantear para la adquisición de la ansiedad/fobia social.

V. RESULTADOS EMPÍRICOS DE LA EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LA FOBIA SOCIAL

Desde principios de los años ochenta se ha prestado cada vez más atención a la eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para los distintos trastornos psicológicos. En el caso de los trastornos por ansiedad, existen estudios, con



grupo control, que han demostrado la eficacia de los nuevos tratamientos cognitivo-conductuales comparándolos con la falta de tratamiento, con un creíble "placebo" psicosocial o incluso con otras intervenciones psicoterapéuticas alternativas. Actualmente existen tratamientos bien establecidos para casi todos los trastornos anteriores. Aunque dichos tratamientos difieren dependiendo del trastorno concreto, la mayoría contiene procedimientos basados en la exposición, algún tipo de terapia cognitiva o de atención a factores cognitivos y emocionales que se encuentran incluso fuera de la conciencia del paciente, y estrategias de afrontamiento o de solución de problemas, además de factores no específicos (Barlow y Lehman, 1996). Estos autores señalan que existe también la tendencia de esos tratamientos a prestar más atención al sistema interpersonal del paciente y a incorporar dichos enfoques a los formatos de grupo.

Tradicionalmente se ha dividido el tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social en cuatro tipos de procedimientos: estrategias de relajación, entrenamiento en habilidades sociales, exposición y reestructuración cognitiva (Heimberg y Juster, 1995; Schneier *et al.*, 1995), aunque frecuentemente el paquete de intervención incluye varios de esos procedimientos. El *entrenamiento en habilidades sociales* es un grupo de técnicas que intenta enseñar conductas interpersonales apropiadas con el fin de mejorar la competencia interpersonal de los individuos en clases específicas de situaciones sociales. Su aplicación al tratamiento de la fobia social se basa en la idea de que las personas con fobia social carecen de las habilidades sociales adecuadas, tanto verbales como no verbales (Schneier *et al.*, 1995). Se supone que las reacciones de ansiedad son secundarias a estos déficits y, por lo tanto, la mejora de las habilidades sociales producirá una reducción de la ansiedad. La aplicación de las estrategias de *relajación* a la fobia social se basa en la noción de que estas técnicas proporcionarán al paciente medios para afrontar la ansiedad. La *exposición* a las situaciones temidas de la vida real se ha aceptado desde hace tiempo como un componente básico para la reducción eficaz del miedo (Mattick, Page y Lampe, 1995; Schneier *et al.*, 1995) y su objetivo es extinguir la respuesta condicionada de temor (RC) ante los estímulos (o situaciones sociales) condicionados (EC) al exponer repetidamente a los sujetos a estas situaciones condicionadas sin que ocurra un estímulo aversivo incondicionado (EI) (véase Caballo, Aparicio y Catena, 1995). Finalmente, se ha considerado que los factores cognitivos son más importantes en el desarrollo de la fobia social que en el caso de otros trastornos por ansiedad (Butler, 1985). El temor al escrutinio o a la evaluación negativa por parte de los demás, que es una característica básica de la fobia social, constituye un problema en la percepción de la conducta y los motivos de los demás. Por lo tanto, las intervenciones que aborden las percepciones y los pensamientos distorsionados pueden ser especialmente importantes para el tratamiento de la fobia social.

Heimberg y Juster (1995) y Mattick *et al.* (1995) han revisado la eficacia de los procedimientos cognitivo-conductuales para el tratamiento de la fobia social. De sus revisiones se desprende que el procedimiento más frecuentemente utilizado era la *exposición*, seguida por el *entrenamiento en habilidades sociales* y algún tipo de *reestructuración cognitiva* (terapia racional-emotiva, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en autoinstrucciones). Se utilizaron también en va-

rias investigaciones, aunque de forma mucho menos frecuente, la *desensibilización sistemática* y alguna clase de *relajación*. Analizados en conjunto, la mayoría de las técnicas cognitivo-conductuales empleadas para el tratamiento de la fobia/ansiedad social parecían producir resultados eficaces, al menos hasta cierto punto, por lo que podemos considerar seriamente la disponibilidad de procedimientos cognitivo-conductuales apropiados para el trastorno que nos ocupa, acumulándose cada vez más pruebas a su favor (p. ej., Hope, Heimberg y Bruch, 1995; Turner, Beidel y Cooley-Quille, 1995). Sin embargo, pensamos que son necesarios más estudios para despejar las dificultades y lagunas que todavía existen en este campo.

En primer lugar, muchos de los trabajos revisados por los autores anteriores no habían incluido ningún grupo control, comparando únicamente distintos procedimientos de tratamiento entre sí, lo que puede poner en duda parte de la posible eficacia que pudieran tener. En segundo lugar, una gran cantidad de trabajos incluía como únicas medidas de los resultados de los tratamientos medidas de autoinforme por parte del paciente (Mattick *et al.*, 1995). Se debería considerar si los cambios en las medidas de autoinforme e incluso en las medidas conductuales empleadas en algunos estudios quieren decir cambios clínicamente significativos (Kazdin, 1977). No parece que hayamos avanzado mucho a este respecto, aunque se están haciendo esfuerzos importantes en los últimos años por encontrar medidas estandarizadas para evaluar el estado final de funcionamiento del sujeto tratado por su fobia social (p. ej., Turner *et al.*, 1993; Turner, Beidel y Wolf, 1994a). Estudios que evalúan los cambios que se han producido en la "vida real" del paciente debidos al tratamiento (p. ej., Cape y Alden, 1986) pueden arrojar más luz sobre la verdadera eficacia del tratamiento que el hecho de confiar únicamente en medidas de autoinforme rellenadas por el propio sujeto. Finalmente, habría que intentar averiguar las razones por las que un mismo procedimiento funciona bien en unos casos y no en otros. ¿Qué es lo que cambia de un estudio a otro? La experiencia de los terapeutas, variables de los pacientes no controladas, simpatías del(os) investigador(es) por uno u otro procedimiento, el tipo de fobia (circunscrita *versus* generalizada), el número de sesiones dedicadas al procedimiento en cuestión, podrían ser algunas de las razones que se barajarían para explicar esos resultados contradictorios. Aunque nos encontramos en el buen camino, los próximos años serán críticos para determinar cuáles son los procedimientos más sencillos que resultan más eficaces para qué clase de personas con qué tipo de fobia social.

VI. LA EVALUACIÓN

La evaluación de la fobia social, lo mismo que de las otras fobias, debería estructurarse para considerar de forma sistemática los síntomas fisiológicos, conductuales y subjetivos y las reacciones a ellos. La gravedad de la fobia puede estimarse si nos enteramos del grado en que interfiere con la vida diaria, incluyendo la capacidad para trabajar y para llevar a cabo relaciones normales. Puede ser de

utilidad el preguntar al paciente (Butler, 1989a): «¿Qué te impide hacer la fobia?» y «si ya no tuvieras ese problema, ¿qué diferencias produciría en tu vida?» (p. 103).

No es necesario una historia detallada sobre el origen de una fobia. Es más importante identificar los factores que la mantienen, porque pueden interferir con el progreso. La evitación es generalmente el factor que la mantiene. Los factores cognitivos suelen jugar también un papel importante.

Seguidamente enumeramos algunas de las técnicas de evaluación más utilizadas para el trastorno de la fobia social.

VI.1. Entrevistas semiestructuradas

La *Entrevista estructurada para los trastornos por ansiedad (Anxiety disorders interview schedule, ADIS, DiNardo et al., 1985)* ha sido el formato de entrevista más utilizado para los trastornos por ansiedad en general. La versión actual de la ADIS sigue los criterios propuestos por el *DSM-IV* (APA, 1994). Se ha empleado también con frecuencia la *Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (Structured clinical interview for DSM-III-R, SCID, Spitzer et al., 1992)*, habiendo aparecido ya la versión para el *DSM-IV* (First et al., 1995). No obstante, este último formato de entrevista explora todos los trastornos del Eje I, por lo que es mucho menos específica para los trastornos por ansiedad, incluyendo la fobia social. Finalmente, la *Entrevista dirigida para habilidades sociales* (Caballo, 1993) es también muy útil para muestrear las relaciones sociales del paciente, incluyendo la evaluación de su conducta específica (por medio de componentes moleculares) durante la interacción con el entrevistador. Dicha entrevista sirve para recoger información detallada sobre las situaciones, actividades y personas que el paciente evita y para conocer cómo interpreta el paciente las situaciones que le provocan ansiedad.

VI.2. Instrumentos de autoinforme

En las investigaciones sobre fobia social se han empleado instrumentos de autoinforme que podrían incluirse en cuatro categorías (Glass y Arnkoff, 1989), según sean instrumentos para medir: *a.* Temor y ansiedad, *b.* Ansiedad social, *c.* Timidez y *d.* Habilidades sociales (véase Caballo, 1995, para una lista de estos instrumentos). Los más específicos a la fobia social son los siguientes:

Escala de ansiedad social, de Liebowitz (*Liebowitz social anxiety scale, LSAS*) (Liebowitz, 1987). Consta de 24 ítems que evalúan la ansiedad relativa a la interacción social y a la actuación en público, así como también la evitación de dichas situaciones.

Escala de fobia social (Social phobia scale, SPS) y *Escala de ansiedad ante la interacción social (Social interaction anxiety scale, SIAS)* Mattick y Clarke (1988). Ambas se componen de 20 ítems cada una. La SPS evalúa los temores de ser ob-

servado durante actividades diarias, mientras que la SIAS evalúa temores más generales sobre la interacción social.

Inventario de ansiedad y fobia social (Social phobia and anxiety inventory, SPAI; Turner et al., 1989). Esta escala se compone de dos subescalas, una dedicada a la fobia social (32 ítems) y otra a la agorafobia (13 ítems). Algunos datos sobre las propiedades psicométricas de la escala con muestras españolas puede encontrarse en Caballo y Álvarez-Castro (1995).

Escala de ansiedad y evitación social (Social avoidance and distress scale, SAD) y *Temor a la evaluación negativa (Fear of negative evaluation, FNE)* Watson y Friend (1969). Estas dos escalas han sido quizás las más utilizadas en el campo de la ansiedad social. La SAD consta de 28 ítems que se refieren a la ansiedad y evitación asociadas a interacciones sociales, mientras que la FNE consta de 30 ítems y evalúa las propias expectativas a ser evaluado negativamente por los demás. Datos con muestras españolas sobre estas escalas pueden encontrarse en Caballo (1993).

VI.3. El autorregistro

El autorregistro es un método muy práctico y eficaz para evaluar la conducta social de un individuo en su ambiente natural, fuera de la clínica o en el laboratorio (McNeil, Ries y Turk, 1995). El autorregistro es un componente habitual de una gran cantidad de programas cognitivo-conductuales, incluyendo aquéllos centrados en la fobia social. Se puede evaluar la frecuencia de los contactos sociales, sus antecedentes y consecuentes, el rango o número de diferentes personas con las que interactúan los pacientes, duración de las interacciones, temas de conversación o clases de interacción y autoevaluaciones de la ansiedad y de la habilidad social. Igualmente, se puede evaluar por separado la ansiedad esperada (anticipada) y la ansiedad real que se experimenta cuando se está en la situación, así como distintos síntomas fisiológicos, pensamientos negativos, conductas de evitación, etcétera.

VI.4. Medidas conductuales

Instrumentos generados y utilizados para la evaluación de las habilidades sociales (p. ej., el *Simulated social interaction test, SSIT*, Curran, 1982; véase Caballo, 1987, para una versión modificada de dicho instrumento) se han utilizado como instrumentos de evaluación para sujetos con fobia social (p. ej., Mersch, Breukers y Emmelkamp, 1992). McNeil et al. (1995) mencionan también instrumentos originados inicialmente en la investigación de las habilidades sociales como propicios para evaluar el comportamiento de los sujetos con fobia social (p. ej., *Heterosocial adequacy test*, Perry y Richards, 1979; *Taped situation test*, Rehm y Marston, 1968; *Social interaction test*, Trower, Bryant y Argyle, 1978). En Caballo (1993) se puede encontrar una revisión más detallada de muchos de estos instrumentos. Estrategias similares son los *Tests de evaluación conductual*, en los

que se puede plantear una conversación con un desconocido del mismo sexo, con un desconocido del sexo opuesto o una charla ante un pequeño grupo de personas. Otros tests han incluido el interactuar en una conversación de grupo o el empezar una conversación con alguien atractivo/a y en quien se está interesado/a sentimentalmente (McNeil *et al.*, 1995).

VI.5. Medidas fisiológicas

Las medidas fisiológicas han arrojado poca luz sobre características diferenciales de los sujetos con fobia social, al menos hasta hoy día. Sin embargo, parece que existe un renacido interés por utilizar este tipo de medidas en los trastornos por ansiedad en general (McNeil *et al.*, 1995). Sin embargo, a diferencia de estos autores, creemos que en estos momentos no existen datos fiables sobre la relevancia de las medidas fisiológicas en la investigación de la fobia social.

VII. DESARROLLO DE UN PROGRAMA PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA SOCIAL

Antes de exponer el programa de tratamiento para la fobia social, tenemos que hacer la salvedad de distinguir entre fobia social discreta (una o dos situaciones sociales) y fobia social generalizada (la mayoría de las situaciones sociales). En el primer tipo de fobia, la exposición suele ser una técnica altamente eficaz y recomendable, con tasas que en ocasiones pueden llegar al 100% de eficacia (p. ej., Turner, Beidel y Jacob, 1994b). No obstante, para los sujetos con fobia social generalizada es conveniente añadir elementos de la reestructuración cognitiva y del entrenamiento en habilidades sociales (Caballo y Carrobes, 1988; Echeburúa, 1995).

El formato de nuestro programa de tratamiento es grupal, con 6 a 8 personas, y a ser posible con una participación equilibrada de ambos sexos. Las sesiones tienen lugar una vez a la semana, con una duración de 21/2 horas cada una y el programa se desarrolla a lo largo de 14 sesiones más las de seguimiento y apoyo, una vez al mes, durante seis meses. Sin embargo, el número de sesiones puede ampliarse dependiendo de la marcha del grupo y de las consideraciones del terapeuta.

Se tiene que crear en el grupo una atmósfera de aceptación incondicional y apoyo hacia los miembros del grupo, escuchando con empatía y reforzando las aproximaciones sucesivas a la conducta objetivo y la realización de ésta. Se tiene que explicar claramente a los participantes en el grupo los objetivos de la terapia, lo que deben y no deben esperar de ella, la importancia de la motivación para llevar a cabo en la vida real lo aprendido en las sesiones y el autocontrol de su propia conducta al final de la terapia.

Muchos sujetos con fobia social esperan que el tratamiento les proporcione reglas claras sobre la forma como deberían comportarse en situaciones sociales.

Aunque el tratamiento les puede dar algunas directrices, especialmente el entrenamiento en habilidades sociales, se debe resaltar desde el principio que es difícil obtener reglas claras, especialmente porque las situaciones sociales son muchas veces poco predecibles y porque la gente puede tener opiniones diferentes sobre qué reacciones son las más adecuadas. En vez de intentar hallar reglas, los pacientes podrían tratar mejor de aprender a aceptar y manejar su incertidumbre, prestando atención a la forma en que se comportan los demás, a los estímulos ambientales relevantes, pidiendo información cuando la necesiten o aprendiendo a considerar lo relativo de las consecuencias (Scholing, Emmelkamp y Van Oppen, 1996).

El programa de tratamiento incluye básicamente técnicas de educación, de relajación, de reestructuración cognitiva, de exposición y de entrenamiento en habilidades sociales. Seguidamente exponemos el programa, sesión a sesión, del tratamiento cognitivo-conductual de la fobia social.

VII.1. Primera sesión

1. Presentación del(os) terapeutas y los miembros del grupo
2. Planteamiento de algunas reglas básicas para el funcionamiento del grupo
3. Explicación sobre la ansiedad/fobia social
4. Explicación de los fundamentos del tratamiento
5. Explicación de los objetivos, frecuencia, duración, etc. del programa de tratamiento
6. Evaluación de la motivación y las expectativas con respecto al programa
7. Entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson
8. Se resalta la importancia de las tareas para casa y se plantean las primeras tareas

1. Presentación del(os) terapeuta(s) y miembros del grupo

El(los) terapeuta(s) se presentan ante el grupo y luego lo hacen todos los demás. En esta presentación se puede incluir el nombre, lo que hace actualmente cada sujeto (estudiar, trabajar, etc.) y algunas de sus aficiones.

2. Planteamiento de algunas reglas básicas para el funcionamiento del grupo

Se presentan a los miembros del grupo algunas reglas básicas para el buen funcionamiento del mismo, como son la confidencialidad de lo que se trate en el grupo, la asistencia habitual al mismo, la puntualidad, la participación activa en el grupo, la importancia de realizar las tareas para casa, etcétera.

3. Explicación sobre la ansiedad/fobia social

Se ofrece una explicación actualizada sobre la naturaleza de la ansiedad/fobia social. Esta explicación suele incluir la definición de fobia social, sus características clínicas (conductuales, cognitivas, fisiológicas), subtipos de la misma, las situaciones temidas más frecuentes, la influencia de los aspectos genéticos, epidemiología y curso del trastorno, y la posible etiología (desde una posición cognitivo-conductual) del mismo (véase Caballo, 1995, para una información detallada sobre esta cuestión). Se insiste en que la fobia social es un comportamiento aprendido y que, como tal, puede desaprenderse. Se explica cómo se forman y se mantienen las fobias (p. ej., utilizando la teoría bifactorial de Mowrer) y la necesidad de una participación activa del paciente para romper el círculo vicioso que mantiene la fobia.

4. Explicación de los fundamentos del tratamiento

Se explican los fundamentos del programa de tratamiento, en qué se basa la utilización de las distintas técnicas como la relajación, la exposición, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades sociales para el tratamiento de la fobia social. Se comenta también la eficacia demostrada por este tipo de tratamiento sistemático del trastorno, que algunos elementos pueden parecerse a intentos que el paciente puede haber realizado anteriormente para afrontar sus síntomas, pero que llevado a cabo de forma sistemática y dirigido por un profesional tiene una mayor probabilidad de tener éxito.

5. Explicación de los objetivos, frecuencia, duración, etc. del programa de tratamiento

Se explican los objetivos que pretende conseguir el tratamiento, se plantea la frecuencia de las sesiones, la duración aproximada del programa y se resuelve cualquier duda que los miembros del grupo puedan tener sobre estas cuestiones.

6. Evaluación de la motivación y las expectativas con respecto al programa

Muchos pacientes ya han intentado maneras de enfrentarse al problema de la ansiedad/fobia social con poco éxito y pueden tener reservas respecto a utilizar métodos similares durante el tratamiento. Por ejemplo, los sujetos con fobia social a menudo mantienen contacto social porque tienen que ir a trabajar, tienen que viajar en transportes públicos y tienen que comprar comida y ropa, pero frecuentemente informan que esta exposición continua no les es útil (Butler,

1989b). El terapeuta puede intentar averiguar por qué probablemente el método no ha sido eficaz, como, por ejemplo, si el paciente sigue evitando aspectos importantes de la situación de forma sutil, si se centra en sus pensamientos y expectativas negativas en esa situación, si no persiste cuando se siente incómodo, si trata de abordar la situación más difícil sin haber practicado antes tareas más fáciles, etcétera.

7. Entrenamiento en la relajación progresiva de Jacobson

La relajación es una forma de eliminar la tensión. Cuando la gente se encuentra bajo estrés durante mucho tiempo raramente permite que sus músculos se relajen. Esto provoca malestar en el sujeto, una aprensión constante, la gente se puede sentir irritada, cansada, etc. Además, la ansiedad puede obstaculizar o inhibir muchas formas de comportamiento social.

Se enseña a los sujetos la relajación progresiva de Jacobson. Tumbados sobre unas colchonetas en el suelo, los miembros del grupo tensan y relajan los distintos grupos de músculos del cuerpo. Una vez que se ha terminado la relajación, deber haber quedado claro para el sujeto cómo llevarla a cabo por sí mismo, ya que será la primera tarea para casa que realice (véase Caballo, 1993, para una descripción detallada del método de Jacobson).

8. Se resalta la importancia de las tareas para casa y se plantean las primeras tareas

Se necesita que el paciente lleve a cabo en la vida real comportamientos que ha aprendido en las sesiones de tratamiento, con el fin de que se generalice el aprendizaje. La función de la práctica es la misma que cuando se aprende una nueva habilidad, es decir, es útil por sí misma y no por un propósito más amplio (Butler, 1989a).

Como tarea para casa se incluye la relajación diaria por el método de Jacobson y la lectura de más información sobre la ansiedad/fobia social. Se le proporciona al sujeto una hoja de autorregistro para que vaya anotando algunas situaciones sociales difíciles para él.

VII.2. Segunda sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Práctica de la relajación rápida
3. Determinación de la ansiedad en las situaciones
4. Reestructuración cognitiva. presentación de los principios A-B-C de la TREC
5. Asignación de las tareas para casa

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se dedican al repaso de las tareas para casa que se programaron en la sesión anterior. Se describe lo que cada sujeto hizo, se le refuerzan las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido.

2. Práctica de la relajación rápida

Se enseña a los miembros del grupo a relajarse más rápidamente. Ya no se tensan los músculos sino que se relajan directamente. La secuencia seguida es similar a la de la sesión anterior.

3. Determinación de la ansiedad en las situaciones

Se plantean algunos posibles "mitos" de la ansiedad que el terapeuta puede necesitar corregir. Por ejemplo (Walen, 1985):

- a. La ansiedad es peligrosa: podría tener un ataque al corazón
- b. Podría perder el control o explotar
- c. Es una señal de debilidad
- d. El ataque de ansiedad no se me pasará nunca

Se indica al paciente que la ansiedad tiene un "ciclo de vida" y que después de alcanzar la cima, empieza a disminuir y desaparecer. Además, cierta ansiedad puede ser útil en algunas ocasiones. Sin embargo, gran parte de la tensión de cada día es innecesaria.

Con el fin de reconocer la tensión más fácilmente, el sujeto puede darse cuenta de algunos "síntomas" que posiblemente indicarían la presencia de ansiedad. El cuadro 2.1 lista algunos de esos síntomas que señalarían la presencia de ansiedad.

Luego se enseña a los miembros del grupo la utilización de la *Escala de unidades subjetivas de ansiedad (SUDS)* si utilizamos las siglas en inglés) de la siguiente manera (Cotler y Guerra, 1976):

La *Escala SUDS* (unidades subjetivas de ansiedad) se emplea para comunicar el nivel de ansiedad experimentado de forma subjetiva. Al emplear la escala, evaluaras tu nivel de ansiedad desde 0, completamente relajado, hasta 100, muy nervioso y tenso

Imaginate que estás completamente relajado/a y tranquilo/a. Para algunas personas esto ocurre mientras descansan o leen un buen libro. Para otras, ocurre mientras están en la playa o se encuentran flotando en el agua. Da una puntuación "0" a la manera como te sientes cuando estás lo más relajado/a posible

CUADRO 2.1. Posibles señales en la expresión de ansiedad o nerviosismo (adaptado de Cotler y Guerra, 1976)

1. Temblor en las rodillas
2. Brazos rígidos
3. Automanipulaciones (rascarse, frotarse, etc.)
4. Limitación del movimiento de las manos (en los bolsillos, en la espalda, entrelazadas)
5. Temblor en las manos
6. Sin contacto ocular
7. Músculos de la cara tensos (muecas, tics, etc.)
8. Cara inexpresiva
9. Cara pálida
10. Sonrojo o rubor
11. Humedecerse los labios
12. Tragar saliva
13. Respirar con dificultad
14. Respirar más despacio o más deprisa
15. Sudar (cara, manos, axilas)
16. Galtos en la voz
17. Tartamudeos o frases entrecortadas
18. Correr o aligerar el paso
19. Balancearse
20. Arrastrar los pies
21. Despejar la garganta
22. Boca seca
23. Dolor o acidez de estómago
24. Aumento de la tasa cardíaca
25. Baianceo de las piernas/pies cuando se está sentado y con una pierna montada sobre la otra
26. Morderse las uñas
27. Morderse los labios
28. Sentir náuseas
29. Sentirse mareado
30. Sentir como que se ahogara
31. Quedarse inmobilizado
32. No saber qué decir

Luego, imagínate una situación en la que tu ansiedad es extrema, imagina el sentirte extremadamente tenso/a y nervioso/a. Quizá en esta situación tus manos se encuentran frías y temblorosas. Puedes sentirte mareado/a o acalorado/a, o puedes sentirte cohibido/a. Para algunas personas, las ocasiones en las que se sienten más nerviosos son aquellas en las que una persona cercana a ellas ha tenido un accidente, cuando se ejerce una presión excesiva sobre ellos (exámenes, trabajos, etc.), o cuando hablan delante de un grupo. Da una puntuación de "100" a la manera como te sientes en esa situación.

Ya has identificado los dos puntos extremos de la *Escala SUDS*. Imagina la escala entera (como una regla) que va desde "0" SUD, completamente relajado/a, hasta "100" SUD, muy nervioso/a

0 5 10 15 ... 50 .85 90 95 100
Completamente Totalmente
relajado/a nervioso

Tienes ahora el rango entero de la escala para evaluar tu nivel de ansiedad. Para practicar cómo usar esta escala, escribe tu puntuación SUD en este momento.

La puntuación SUD la puedes utilizar para evaluar las situaciones sociales con las que te encuentres en la vida real. El método de relajación que vas a aprender te servirá para disminuir tu puntuación en la escala SUDS. La experiencia de elevados niveles de ansiedad es desagradable para la mayoría de la gente. Además, la ansiedad puede inhibirte para decir lo que quieres y puede interferir con la forma en que expresas el mensaje.

El grado en que seas capaz de reducir tu puntuación SUD en cualquier situación dependerá de una serie de factores, incluyendo el nivel de ansiedad que experimentas generalmente, la puntuación SUD que tenías inicialmente, qué tipo de conducta se requiere y la persona a quien diriges el comentario. No pensamos que tu objetivo sea alcanzar un 0 ó un 5 en todas las situaciones. Tu objetivo será reducir tu nivel de SUD hasta un punto en que te sientas lo suficientemente cómodo/a para expresarte.

Para practicar el empleo de la puntuación SUD, se pueden describir una serie de situaciones. Para cada situación, escucha la descripción de cada escena y luego imagina que te está sucediendo esa situación. Después de que te imagines la situación, escribe la cantidad de ansiedad (puntuación SUD) que sientes. Cuando te imagines en esa situación, intenta describir cómo te sentirías si esa situación estuviera ocurriendo realmente. Finalmente, si estuvieras nervioso/a o tenso/a mientras te imaginas la escena, intenta fijarte en esas partes de tu cuerpo en las que sientes más ansiedad (véase cuadro 2.1). ¿Sentías el estómago tenso? ¿Sentías un nudo en la garganta? ¿Tenías las manos frías o sudorosas? ¿Te dolía la cabeza? ¿Tenías movimientos nerviosos en los párpados? Si localizas el área o las áreas en las que te sientes más tenso/a, puedes emplear mejor los ejercicios de relajación.

Como tarea para casa, se le entrega al sujeto una hoja de autorregistro, en la que el paciente tiene que identificar y registrar una breve descripción de las situaciones que tienen lugar en su vida y que le producen diferentes niveles de relajación y ansiedad. Junto con la breve descripción de la situación, se le pide al paciente que describa sus síntomas físicos (véase cuadro 2.1). Las puntuaciones SUD están ya anotadas en la hoja de autorregistro en incrementos de 10 puntos, de modo que el paciente pasará por toda la escala de 100 puntos. Durante el tiempo que dura el empleo de la hoja de autorregistro, el paciente tiene que describir una situación que le produzca de 0 a 9 de ansiedad, otra que caiga dentro del rango de 10 a 19, etc. (véase cuadro 2.2).

La evaluación de los distintos niveles de ansiedad producidos por diferentes situaciones puede servir a varios propósitos. Por ejemplo, el pedir a los individuos que registren su nivel de ansiedad durante las interacciones hace que piensen y se concentren. El pensar y concentrarse es, en parte, incompatible con la ansiedad. Por lo tanto, es probable que el nivel de ansiedad de la persona se reduzca. También, el vigilar constantemente la puntuación SUD durante las interacciones interpersonales hace que los sujetos se den más cuenta de las situaciones en las que reprimen sus emociones y no hacen o dicen nada sobre ellas.

CUADRO 2.2. Hoja de autorregistro de unidades subjetivas de ansiedad (SUD)

Nombre: _____		Periodo _____	
Día y hora	SUD	Describe la situación	Describe las respuestas de ansiedad/relajación
	0-9		
	10-19		
	20-29		
	30-39		
	40-49		
	50-59		
	60-69		
	70-79		
	80-89		
	90-100		

Se le indica a los sujetos que muchos de los síntomas de la ansiedad son consecuencia de la activación cognitiva negativa y de las conductas de evitación, así como de la etiquetación subjetiva que se hace de esta última. Se les explica que, a veces, incluso empleando la relajación, se producirá(n) algún(os) síntoma(s) de ansiedad (p. ej., ruborizarse, sudar, etc.). En estos casos, deben perder el miedo a estas respuestas y aprender a tolerarlas con el fin de eliminarlas. Así, se les dice que para poder aprobar un examen tenemos, paradójicamente, que perder el miedo a suspender, para acabar con la ansiedad tenemos que perder el miedo a la ansiedad y tolerar su presencia... La comprensión de estos hechos es de gran ayuda en general para el aumento de la tolerancia y, en consecuencia, la disminución de la frecuencia de aparición de esas respuestas fisiológicas.

4. Reestructuración cognitiva: presentación de los principios de la TREC

Una forma de introducir al sujeto los principios de la terapia racional emotivo-conductual (TREC), descubrir defensas, mostrarles cómo influyen los pensamientos en los sentimientos y que se den cuenta de que una gran parte de esos pensamientos es automática, es la siguiente: se dice a los miembros del grupo que se sienten cómodamente, que cierren los ojos, tomen aire profundamente por la nariz, la retengan durante cierto tiempo en los pulmones y la echen lentamente por la boca. Luego se les da las siguientes instrucciones (Wessler, 1983):

Os voy a pedir que penséis en algo secreto, algo sobre vosotros mismos que no diríais normalmente a nadie más. Podría ser algo que habéis hecho en el pasado, algo que estáis haciendo en el presente. Algún hábito secreto o alguna característica física (Pausa). ¿Estáis pensando en ello? (Pausa). Bien. Ahora voy a pedir a alguien que diga al grupo en qué ha estado pensando... que lo describa con cierto detalle. (Pausa corta). Pero puesto que sé que todo el mundo querría hacer esto, y no tenemos suficiente tiempo para que todo el mundo lo haga, seleccionaré a alguien (Pausa —mirando a los miembros del grupo). ¡Ya!, pienso que ya tengo a alguien (Pausa) Pero antes de que llame a esa persona, permíteme preguntaros ¿qué es lo que estáis experimentando en estos momentos? (p. 49)

Normalmente la gente experimenta una elevada ansiedad (si ha vivido realmente el ejercicio), que se puede cuantificar preguntando a los sujetos el nivel de puntuación SUD. En ese momento, el terapeuta muestra al grupo que es el *pensamiento* de hacer algo, no el hacerlo, lo que conduce a sus sentimientos. Entonces el terapeuta pregunta sobre los tipos de pensamientos que condujeron a esos sentimientos.

Este ejercicio puede servir para introducir al sujeto en los principios de la terapia racional emotivo-conductual. Para Ellis, el pensamiento anticientífico o irracional es la causa principal de la perturbación emocional, ya que, consciente o inconscientemente, la persona escoge convertirse a sí misma en neurótica, con su forma de pensar ilógica y poco realista (Ellis y Lega, 1993; Lega, Caba-

llo y Ellis, 1997). La conducta socialmente inadecuada puede provenir de un pensamiento irracional e incorrecto, de unas reacciones emocionales excesivas o deficientes ante los estímulos y de unos patrones de conducta disfuncionales. Lo que solemos señalar como nuestras reacciones emocionales ante determinadas situaciones están causadas principalmente por nuestras suposiciones y evaluaciones conscientes y/o automáticas. Así, sentimos ansiedad no ante la situación objetiva, sino ante la interpretación que hacemos de esa situación. El modelo ABC de la terapia racional emotivo-conductual (véase figura 2.2) funciona de la siguiente forma (Lega, 1991; Lega, Caballo y Ellis, 1997): El punto "A" o *acontecimiento activante* (actividad o situación particulares) no produce directamente y de forma automática la "C" o *consecuencias* (que pueden ser *emocionales* [Ce] y/o *conductuales* [Cc]), ya que, de ser así, todas las personas reaccionarían de forma idéntica ante la misma situación. La "C" es producida por la interpretación que se da a la "A", es decir, por las *creencias* ("Beliefs") (B) que generamos sobre dicha situación. Si la "B" es funcional, lógica y empírica, se la considera "racional" (rB). Si, por el contrario, dificulta el funcionamiento eficaz del individuo, es "irracional" (iB). El método principal para reemplazar una creencia irracional (iB) por una racional (rB) se llama *refutación* o *debate* (D) y es, básicamente, una adaptación del método científico a la vida cotidiana, método por el que se cuestionan hipótesis y teorías para determinar su validez. La ciencia no es solamente el uso de la lógica y de datos para verificar o rechazar una teoría. Su aspecto más importante consiste en la revisión y cambio constantes de teorías y los intentos de reemplazarlas por ideas más válidas y conjeturas más útiles. Es flexible en lugar de rígida, de mente abierta en lugar de dogmática. Lucha por una mayor verdad, pero no por una verdad perfecta y absoluta. Se adhiere a datos y hechos reales (los cuales pueden cambiar en cualquier momento) y al pensamiento lógico (el cual no se contradice a sí mismo manteniendo simultáneamente dos puntos de vista opuestos). Evita también formas de pensar rígidas, como "todo-o-nada" o "uno-u-otro", y acepta que la realidad tiene, por lo general, dos caras e incluye acontecimientos y características contradictorios. El pensamiento irracional es dogmático y poco funcional y el individuo se evalúa a sí mismo, a los demás y al mundo en general, de una forma rígida (Ellis y Lega, 1993; Lega, 1991; Lega, Caballo y Ellis, 1997). Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de los "debo de" y "tengo que" dogmáticos (en vez de utilizar concepciones de tipo probabilista o preferencial), generando emociones y comportamientos poco funcionales que interfieren en la obtención y logro de metas personales. De esas exigencias absolutistas se derivan tres conclusiones: 1. *Tremendismo*, que es la tendencia a resaltar en exceso lo negativo de un acontecimiento; 2. *Baja tolerancia a la frustración* o "no-puedo-soportantitis", que es la tendencia a exagerar lo insoportable de una situación; y 3. *Condenación*, que es la tendencia a evaluarse a sí mismo o a los demás como "totalmente malos", comprometiendo su valor como personas como consecuencia de su comportamiento. Ellis y Lega (1993) señalan que aprender a pensar racionalmente consiste en aplicar las principales reglas del método científico a la forma de verse a sí mismo, a los demás y a la vida. Estas reglas son:

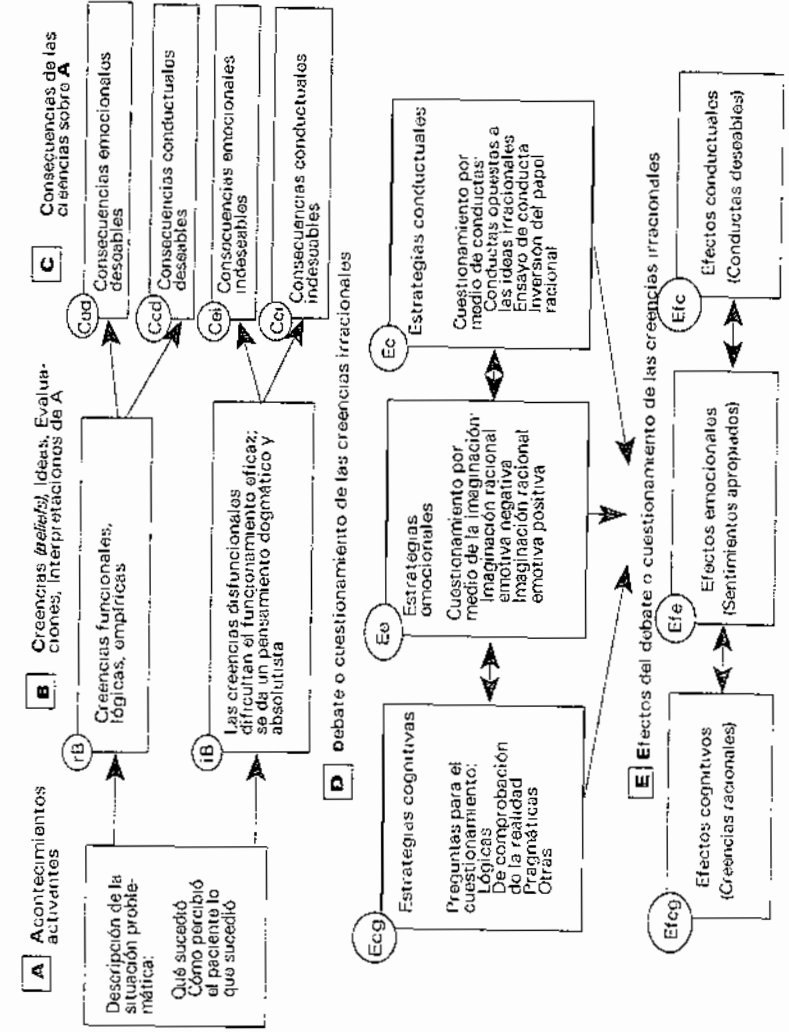
1. Más vale aceptar como "realidad" lo que sucede en el mundo, aunque no nos guste e intentemos cambiarlo.
2. En la ciencia, teorías e hipótesis se postulan de manera lógica y consistente, evitando contradicciones importantes (así como también "datos" falsos o poco realistas).
3. La ciencia es flexible, no rígida. No sostiene algo de forma absoluta e incondicional.
4. No incluye el concepto de "merecer" o "no merecer", ni glorifica a la gente (ni a las cosas) por sus "buenos" actos y la condena por sus "malos" comportamientos.
5. La ciencia no tiene reglas absolutas sobre la conducta y los asuntos humanos, pero puede ayudar a la gente a alcanzar sus metas y ser feliz *sin* ofrecer garantías (Ellis y Lega, 1993).

Algunos de los pensamientos irracionales más comunes de los seres humanos, que Ellis condensó recientemente en las tres conclusiones que acabamos de señalar (p. ej., Lega, 1991; Lega, Caballo y Ellis, 1997; Ellis, 1994), son los siguientes (Ellis y Harper, 1975):

1. *Tengo que* ser amado y aceptado por toda la gente que sea importante para mí.
2. *Tengo que* ser totalmente competente, adecuado y capaz de lograr cualquier cosa o, al menos, ser competente o con talento en algún área importante.
3. Cuando la gente actúa de manera ofensiva e injusta, *deben* ser culpabilizados y condenados por ello, y ser considerados como individuos viles, malvados e infames.
4. *Es tremendo y catastrófico* cuando las cosas no van por el camino que a mí me gustaría que fuesen.
5. La desgracia emocional se origina por causas externas y yo tengo poca capacidad para controlar o cambiar mis sentimientos.
6. Si algo parece peligroso o temible, *tengo que* estar preocupado por ello y sentirme ansioso.
7. Es más fácil evitar afrontar ciertas dificultades y responsabilidades de la vida que emprender formas más reforzantes de autodisciplina.
8. Las personas y las cosas *deberían* funcionar mejor y si no encuentro soluciones perfectas a las duras realidades de la vida tengo que considerarlo como *terrible y catastrófico*.
9. Puedo lograr la felicidad por medio de la inercia y la falta de acción o tratando de disfrutar pasivamente y sin compromiso.

La aplicación de las reglas del método científico para la refutación de los pensamientos irracionales constituye uno de los puntos claves de la terapia racional emotivo-conductual. Por ejemplo, un paciente con fobia social piensa que "no va a caer bien"; después de haber sido entrenado en la detección y análisis de estas ideas (ver más adelante), puede reconocer que en ese pensamiento subyace la primera idea irracional («Tengo que ser amado y aceptado por toda la gente que sea importante para mí»). Los pasos para el cuestionamiento de dicha idea serían los siguientes (Ellis y Lega, 1993):

FIGURA 2.2. Modelo ABC de la terapia racional emotivo-conductual (tomado de Lega, Caballo y Ellis, 1997)



1. Conclusión (“tremendismo”);
2. ¿Es este pensamiento realista y verdadero? (No, ya que no existe ninguna ley que diga que *debo de ser* aceptado por quienes considero importantes);
3. ¿Es este pensamiento lógico? (No, porque el hecho de que yo considere a ciertas personas importantes, no implica que *deban* aceptarme);
4. ¿Es este pensamiento flexible y poco rígido? (No, porque mantiene que bajo *todas* las circunstancias y durante *todo* el tiempo, la gente a la que considero importante *debe* aceptarme, lo que es bastante inflexible);
5. ¿Prueba este pensamiento que “merezco” algo? (No, no se puede demostrar que, aunque actuase de modo muy adecuado hacia quienes considero importantes para mí, exista una ley universal que les *hace, exige y obliga* a aceptarme); y
6. ¿Prueba esta forma de pensar que seré feliz, actuaré correctamente y obtendré buenos resultados? (No, al contrario. No importa lo obstinadamente que trate de conseguir que la gente me acepte, puedo fallar fácilmente —y si entonces pienso que *tienen que* aceptarme, probablemente me sentiré deprimido.)

El pensamiento de “intentar caer bien siempre a todo el mundo”, de “tener que ser aceptado siempre de forma incondicional por todos aquellos que le rodean” es muy típico de los sujetos con fobia social, de modo que cualquier comentario de los otros que sea mínimamente crítico puede dar lugar a la aparición de síntomas de ansiedad, ya que dichos sujetos son especialmente sensibles a cualquier situación o comentario que denote malestar, desaprobación o desacuerdo por parte de los demás. Esos sujetos suelen exagerar y dramatizar dichos comentarios, produciéndose una reacción conductual desadaptativa, con comportamientos agresivos o a la defensiva, comportamientos torpes (como los denominan Trower y Turland, 1984) o de evitación o escape.

5. Asignación de las tareas para casa

Con la hoja de autorregistro del cuadro 2.2 los miembros del grupo tienen que seleccionar situaciones que tengan un nivel subjetivo de ansiedad que caigan en cada uno de los intervalos indicados en la hoja de autorregistro.

Cada sujeto practica la relajación rápida todos los días en casa. Además, profundizará más en la TREC con lecturas apropiadas (p. ej., Lega, Caballo y Ellis, 1997).

VII.3. Tercera sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Práctica de la relajación diferencial
3. Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos automáticos

4. Reestructuración cognitiva: determinar si los pensamientos son racionales
5. Reestructuración cognitiva: cuestionamiento de los pensamientos
6. Se asignan nuevas tareas para casa

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se dedican al repaso de las tareas para casa que se programaron en la sesión anterior. Se describe lo que cada sujeto hizo, se le refuerza las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido.

2. Práctica de la relajación diferencial

Se enseña a los miembros del grupo la relajación diferencial. Así, una vez que han llevado a cabo la relajación rápida en el grupo, se les enseña a utilizar (y tensar) determinados grupos de músculos mientras mantienen otros relajados.

3. Reestructuración cognitiva: identificación de pensamientos automáticos

Una vez que el sujeto ha entendido los principios de la TREC y la importancia de los pensamientos para producir consecuencias emocionales, debe saber también identificar qué cosas pasan por su cabeza que hacen que se sienta ansioso. Si el pensamiento irracional o disfuncional es habitual, es posible que sea difícil abordarlo. No es fácil averiguar lo que uno está pensando en una determinada situación. Una razón de ello es que muchos de los pensamientos ocurren de forma automática en respuesta a situaciones que le preocupan a uno. Sin embargo, cuanto más se practique más fácilmente se detectarán esos pensamientos.

Una forma de empezar es utilizar sensaciones de ansiedad, temor o malestar y trabajar retrospectivamente. Es decir, si uno se siente ansioso, entonces debe haber algún pensamiento subyacente que causó la emoción. En cualquier situación o interacción en la que uno se encuentre molesto o ansioso, uno se puede preguntar (Andrews *et al.*, 1994): *a.* ¿Cómo me siento?, *b.* ¿En qué situaciones he estado envuelto últimamente?, *c.* ¿Qué pienso sobre mí?, *d.* ¿Qué pienso sobre la/s otra/s persona/s?, *e.* ¿Qué pienso sobre la situación? Se puede hacer también que los sujetos cierren los ojos, recuerden vívidamente una situación de la vida real que les produzca ansiedad y se fijen en la secuencia de pensamientos, sentimientos e imágenes que tuvieron lugar antes, durante y después de la fantasía. Es importante que los pacientes expresen estos aspectos y que el terapeuta les ayude a reconocer sus imágenes y/o cogniciones desadaptativas. El paciente tiene que llegar a saber identificar las autoverbalizaciones negativas y, posteriormente, a reevaluar esas verbalizaciones más cuidadosa y racionalmente. Beck *et al.* (1979) mencionan también cuatro métodos de recogida de las autoverbaliza-

ciones: 1. Asignando media hora al día para detenerse en esos pensamientos; 2. Registrando los pensamientos negativos que acompañan a una emoción negativa importante; 3. Recogiendo los pensamientos que se encuentran en asociación con las emociones negativas y los acontecimientos precipitantes ambientales, y 4. Durante la entrevista por parte del terapeuta. Palabras clave para la identificación de pensamientos desadaptativos pueden ser: «Debo de», «Tengo que», «No puedo soportarlo», «No tengo derecho», «Es injusto», «Terrible», «Espantoso», «Catastrófico», «Siempre», «Nunca», etcétera.

Andrews *et al.* (1994) señalan igualmente algunas características de los pensamientos desadaptativos que pueden ayudar a identificarlos. Así, dichos pensamientos son: 1. Automáticos, es decir, vienen a la cabeza sin ningún esfuerzo por parte del sujeto, 2. Distorsionados, no encajando con los hechos, 3. Poco útiles, manteniendo ansioso al sujeto, haciéndole difícil el cambio e impidiéndole conseguir lo que uno quiere de la vida, y 4. Involuntarios, es decir, el sujeto no escoge tenerlos y, además, puede ser muy difícil desembarazarse de ellos.

4. Reestructuración cognitiva: determinar si los pensamientos son racionales

Una vez que se han identificado los diálogos con uno mismo, hay que determinar si son racionales o irracionales. *Lo que una persona se dice a sí misma* (p. ej., autoverbalizaciones, imágenes, autoevaluaciones, atribuciones) antes, durante y después de un acontecimiento constituye un determinante importante de la conducta que manifestará. Por ejemplo, a veces la gente empieza a concentrarse sobre su conducta (conciencia excesiva de uno mismo) hasta tal extremo que pierden su percepción de lo que la otra persona hace, dice o, quizás, siente. La gente suele experimentar ansiedad en las situaciones sociales porque se recrean con pensamientos y autoverbalizaciones negativos, tales como el temor a hacer el ridículo, el temor a lo que los demás pueden pensar de ellos, a no agradarles, a no saber qué decir, etc. No es la otra persona la que hace que nos sintamos de esa manera; son nuestras propias autoverbalizaciones negativas. No es correcto decir que la otra persona nos está poniendo nerviosos. Es más probable que sea lo que nos estamos diciendo a nosotros mismos lo que nos está poniendo nerviosos.

En el intento de determinar si los pensamientos son racionales o irracionales, podemos indicar que (Lega, Caballo y Ellis, 1997; Walen *et al.*, 1992):

1. Una creencia irracional es inconsistente en su lógica. Puede empezar con premisas erróneas y/o llegar a deducciones incorrectas, y a menudo es una generalización. Las creencias irracionales suelen ser exageraciones evaluativas extremas y a menudo se refleja en términos evaluativos como «terrible», «tremendo», «espantoso», «horrible».
2. Una creencia irracional es inconsistente con la realidad empírica. No proviene de acontecimientos reales.

3. Una creencia irracional es absolutista y dogmática. Se expresa por medio de exigencias (no de deseos), de «deberías» absolutos (no de preferencias) y de necesidades. Las creencias irracionales están a menudo sobrepensadas, se ensayan desde la infancia y se basan frecuentemente en exigencias grandiosas o narcisistas de uno mismo, los demás o el universo.
4. Una creencia irracional produce emociones perturbadas.
5. Una creencia irracional no nos ayuda a conseguir nuestros objetivos.

Patrones frecuentes del pensamiento irracional se conocen también como distorsiones cognitivas. Algunas típicas son (Beck *et al.*, 1979; Freeman y Oster, 1997):

1. Sacar conclusiones cuando falta la evidencia o es incluso contradictoria (*inferencia arbitraria*).
2. Centrarse en un detalle específico extraído de su contexto, no teniendo en cuenta otras características más relevantes de la situación (*abstracción selectiva*).
3. Llegar a una conclusión a partir de un hecho aislado (*generalización excesiva*).
4. Exagerando o minimizando el significado de un suceso (*magnificación y minimización*).
5. Tendencia a atribuirse a sí mismo fenómenos externos (*personalización*).
6. Clasificando todas las experiencias en categorías opuestas (*pensamiento absolutista dicotómico*).

La explicación de éstos y otros errores cognitivos puede ayudar aún más al paciente a identificar sus cogniciones desadaptativas y a trabajar para cambiarlas por cogniciones más adecuadas y facilitadoras de la conducta socialmente adecuada.

5. Reestructuración cognitiva: cuestionamiento de los pensamientos

Una vez que se sabe diferenciar pensamientos racionales de los irracionales, se cuestionan estos últimos. En el cuestionamiento, los pacientes se enfrentan a sus filosofías irracionales y se les pide que las examinen, trozo por trozo, para que vean si tienen sentido y si son útiles. El cuestionamiento es un proceso lógico y empírico en el que se ayuda al paciente a que se detenga y piense. Su objetivo básico es enseñar al paciente a internalizar una nueva filosofía, reflejada en expresiones como, «Sería una gran contrariedad si no lo consigo, pero puedo soportarlo. Simplemente puedo fallar y eso no es tan terrible».

Las estrategias empleadas para el cuestionamiento de los pensamientos irracionales pueden ser cognitivas, conductuales o por medio de la imaginación (Lega *et al.*, 1997; Walen *et al.*, 1992) (véase figura 2.2). Los *debates cognitivos* son intentos de cambiar las creencias erróneas del paciente por medio de la persuasión filosófica, las presentaciones didácticas, el diálogo socrático, las expe-

riencias vicarias y otras formas de expresión verbal. Una de las más importantes herramientas del debate cognitivo es el empleo de *preguntas*. Algunas de las que buscan consistencia lógica o claridad semántica en el pensamiento del paciente y que pueden utilizarse para cuestionar cualquier idea irracional son, por ejemplo, ¿es lógico?, ¿es verdad?, ¿por qué no?, ¿por qué es así?, ¿cómo lo sabe?, ¿qué quiere decir con ese término?, ¿por qué tiene que ser así?

Un segundo grupo de preguntas requiere que los pacientes evalúen si sus creencias son consistentes con la realidad empírica. Por ejemplo, la mayoría de los pensamientos de exigencia («tengo que», «debo de») son inconsistentes con la realidad. Puede demostrarse que aunque los pacientes que tienen creencias de baja tolerancia a la frustración piensan que no pueden tolerar la ocurrencia de A, de hecho lo soportan una y otra vez. Las creencias de «tremendismo» pueden cuestionarse con preguntas que señalan que un A negativo no produjo un resultado 100% malo. Se puede igualmente demostrar que las creencias de autocondena son incorrectas porque todo el mundo hace alguna cosa bien y es importante para alguien más en el mundo. Ejemplos de preguntas de este segundo grupo son, ¿cuál es la prueba?, ¿qué sucedería si...?, ¿puede soportarlo? Seamos científicos, ¿qué muestran los datos?, ¿por qué tiene que hacer eso? Si eso fuera verdad, ¿cuál sería lo peor que podría ocurrir?, ¿qué sucede si ocurre?, ¿de qué modo podría ser tan terrible?

Un tercer grupo de preguntas intenta persuadir a los pacientes del valor de «agrado» de su sistema de creencias. Las creencias racionales nos ayudan a alcanzar los propios objetivos, de modo que las creencias pueden evaluarse según este criterio funcional. Por ejemplo, ¿ayudan al paciente a solucionar los problemas personales?, ¿a reducir sus problemas emocionales? Ejemplos de preguntas son, ¿merece la pena?, tanto en cuanto te lo crees, ¿cómo te sientes?

Por medio del *debate conductual* el sujeto cuestiona sus pensamientos irracionales comportándose de modo opuesto a ellos. El debate conductual proporciona a los pacientes experiencias que van contra su actual sistema de creencias irracionales; los pacientes actúan contra sus ideas irracionales. Por ejemplo, si creen que no pueden soportar el rechazo, se les anima a que lo busquen activamente. Los debates conductuales se realizan normalmente fuera de la clínica, por lo que habitualmente se programan como tareas para casa. No obstante, frecuentemente es útil emplear estrategias conductuales en la sesión, como la *representación de papeles* o la *inversión del papel racional* (el paciente representa el papel racional).

Finalmente, una tercera estrategia es el *debate por medio de la imaginación*. En este procedimiento, después de un debate verbal, el terapeuta puede pedir a los pacientes que se imaginen a sí mismos otra vez en la situación problemática; esto puede permitir al terapeuta ver si la emoción ha cambiado. Si ha sido así, el terapeuta puede preguntar a los pacientes qué se están diciendo ahora a sí mismos como una forma de ensayar creencias más racionales. Si la emoción no ha cambiado, puede haber más ideas irracionales presentes y un ejercicio utilizando la imaginación puede permitir que surjan. Si es necesario, se puede llevar a cabo un nuevo análisis A-B-C-D y reexaminar los resultados repitiendo el ejercicio de la imaginación. El terapeuta puede utilizar uno de las siguientes tipos de imágenes racional emotivas (Maultsby, 1984).

En las *imágenes racional emotivas negativas* los pacientes cierran los ojos y se imaginan a sí mismos en la situación problema (A), tratando de experimentar su trastorno emocional habitual (C). Se espera hasta que los pacientes informen que experimentan C y entonces se les pide que se centren en las oraciones internas que parecen relacionarse con estas consecuencias emocionales. Luego, se instruye a los pacientes para que cambien los sentimientos de una emoción perturbada a una emoción negativa más constructiva (p. ej., de ansiedad a preocupación). Hay que asegurar a los pacientes que esto puede hacerse, incluso aunque sólo sea durante una fracción de segundo. Se dice a los pacientes que tan pronto como realicen la tarea, abran los ojos. Cuando hagan esta señal, se les puede preguntar simplemente, «¿cómo lo hiciste?». Casi siempre la contestación mostrará un cambio cognitivo; normalmente los pacientes responden que han dejado de catastrofizar.

En las *imágenes racional emotivas positivas* (Maultsby, 1984; Maultsby y Ellis, 1974), los pacientes se imaginan a sí mismos en una situación problemática, pero se ven comportándose y sintiendo de forma diferente. Por ejemplo, los pacientes ansiosos por tener que hablar en público se imaginan a sí mismos hablando en clase o en una reunión y sintiéndose relativamente relajados mientras lo hacen. Tan pronto como los pacientes informan que han tenido esa imagen, el terapeuta pregunta, «¿y qué se estaba diciendo a sí mismo para hacer eso?». Esta técnica es útil porque permite que los pacientes practiquen un plan positivo y desarrollen un conjunto de habilidades de afrontamiento.

6. Asignación de las tareas para casa

Se asignan para casa las tareas de utilizar la relajación diferencial en situaciones de la vida real seleccionadas previamente. El sujeto practica también la identificación de pensamientos desadaptativos, su distinción de los pensamientos racionales y su cuestionamiento, en situaciones sociales en las que sienta ansiedad. Se programan experimentos conductuales para comprobar la irracionalidad de determinados pensamientos de los sujetos.

VII.4. Cuarta sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Repaso de la relajación diferencial
3. Reestructuración cognitiva. la técnica de las tres columnas y la comprobación de la hipótesis
4. Reestructuración cognitiva. atribuciones erróneas y autocontrol
5. Presentación de los derechos humanos básicos
6. Presentación de la hoja de autorregistro multimodal
7. Asignación de tareas para casa

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se dedican al repaso de las tareas para casa que se programaron en la sesión anterior. Se describe lo que cada sujeto hizo, se le refuerza las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido.

2. Repaso de la relajación diferencial

Se repasa la relajación rápida en el grupo, imaginándose situaciones sociales que les produzcan ansiedad y utilizando dicha relajación.

3. Reestructuración cognitiva: la técnica de las tres columnas y la comprobación de la hipótesis

Una vez que el sujeto ha aprendido a identificar pensamientos poco racionales, se puede emplear también la *técnica de la doble o triple columna* para cambiar pensamientos irracionales a racionales. Así, en la columna de la izquierda escribe el pensamiento negativo automático y en la columna de la derecha escribe varias respuestas positivas alternativas. Puede hacer también uso de una tercera columna en la que reinterpreta el acontecimiento ambiental. Un ejemplo de la técnica de la doble y triple columna sería el siguiente:

<i>Pensamiento irracional</i>	<i>Pensamiento racional</i>	<i>Reinterpretación</i>
Si estoy callado la gente pensará que soy raro, pero si hablo pensarán que soy tonto y eso sería terrible.	La gente no pensará necesariamente que soy raro si estoy callado; también puede que no se den cuenta de cuánto tiempo hablo	A la gente le gusta la conversación superficial. No tiene sentido que cada anotación tenga que ser inteligente.

Los pacientes tienen que aprender a discriminar entre el pensamiento y la realidad y a cambiar del análisis deductivo al inductivo, es decir, a considerar a los pensamientos como teorías o hipótesis que se han de contrastar, en vez de afirmaciones de hecho (Caballo, 1993; Lega, Caballo y Ellis, 1997). La mayoría de los pacientes con fobia social adelantan los problemas antes de que éstos se den; igualmente, cuando realmente tienen un problema exageran la importancia del mismo, dramatizan y evitan la situación, dando un significado al comportamiento de los demás que va más allá de los propios hechos. Por eso, las hipótesis tienen que ser contrastadas empíricamente, buscando hechos que las confirmen o invaliden.

Se emplea también el *contraste adaptativo*, que nos ayuda a que el paciente compruebe las consecuencias negativas de pensar de modo desadaptativo, puesto que estos pensamientos sólo aumentan la probabilidad de que se produzca aquello que más se teme, que es el rechazo de los demás. Un análisis de las consecuencias positivas y negativas a corto, medio y largo plazo le sirve al paciente para darse cuenta de lo desadaptativo de estos pensamientos, que no se justifican aun cuando los demás le critiquen. No es una solución a este problema el deprimirse, airarse o ponerse ansioso, ya que estas respuestas sólo contribuyen a tener más problemas sociales. En este punto le enseñamos al paciente que aun cuando sus pensamientos negativos tengan una base empírica, no por ello están justificados. Ponemos ejemplos a los pacientes como los siguientes: si un paciente objetivamente tiene sobrepeso, estar preocupado y repitiéndose continuamente que está gordo probablemente le llevará a comer en exceso más que a controlar su dieta. El paciente debe entender que los pensamientos negativos aparecen como resultado de su historia de aprendizaje, donde aprendió a desconfiar de sus habilidades sociales y de su capacidad de ser atractivo socialmente para los demás. Sin embargo, la presencia en este momento de sus expectativas negativas no va a estar justificada, ya que mantener estas expectativas sólo acarreará consecuencias negativas, como la disminución del estado de ánimo, el aumento de la ansiedad y de las conductas torpes, o la evitación o escape de las situaciones sociales, perpetuando el círculo vicioso al creerse más estas expectativas por no ponerlas en contraste con la realidad.

Ayudaremos también al paciente en la búsqueda de expectativas realistas, más ajustadas a la realidad, no distorsionadas, no irracionales y adaptativas, para que las ensaye en las situaciones conflictivas. Le explicaremos que éstas al principio no tendrán un elevado grado de credibilidad pero, al ensayarse con implicación emocional en las situaciones problemáticas, irán aumentando gradualmente el nivel de confianza en sí mismo al percibir cómo a medida que desaparecen las expectativas negativas aumenta el bienestar emocional, disminuye la ansiedad y la preocupación y aumentan las conductas socialmente adaptadas.

4. Reestructuración cognitiva: atribuciones erróneas y autocontrol

El/la paciente tiende a atribuir comportamientos negativos de los otros a su propia actuación o presencia, de forma generalizada y negativa. Por ejemplo, si un compañero de trabajo está de mal humor y le saluda de forma inadecuada es porque «él/ella le ha molestado sin darse cuenta». Si un vecino no le saluda en la calle es porque «algo inadecuado habrá hecho el/la paciente». Si un/a chico/a que le gusta no le hace caso es porque el/la paciente «es poco atractivo/a y no tienen ningún interés para nadie». Escuchamos con frecuencia cómo estos comportamientos de los demás son personalizados y, en ocasiones, se atribuyen a una intencionalidad negativa de los otros («lo hacen para fastidiarme», «actúan así para molestarme», etc.) o considerándose el/a paciente como el centro de atención de todo el mundo («en la discoteca todo el mundo me miraba cuando

le pedí que bailara conmigo y me dijo que no»). El/la paciente con fobia social puede estar completamente controlado/a por estas atribuciones, manteniendo estas intencionalidades negativas y llegando a presentar un cuadro de aislamiento social que deteriora su estado de ánimo y contribuye de forma significativa a la presencia de sintomatología depresiva importante que agravará a su vez la sintomatología fóbica.

Hemos encontrado de gran utilidad para discutir estas atribuciones la explicación del modelo de la indefensión, de Abramson, Seligman y Teasdale (1978) acerca del estilo atribucional depresogénico que conforma atribuciones internas, estables y globales para los fracasos. La presentación y discusión de este estilo, adaptando esta explicación al nivel cultural del paciente, ayuda a que éste se dé cuenta sobre cómo realiza atribuciones sesgadas de forma generalizada, sin capacidad de discriminación de las responsabilidades propias y ajenas y sus distintas contribuciones al conflicto que se presenta con el otro (Bas y Andrés, 1993).

Suele ser importante también, para los sujetos con fobia social, el exceso de autoobservación y el sesgo de este proceso, donde el paciente atiende selectivamente a sus comportamientos sociales inadecuados, agrandándolos y dramatizando la importancia y las consecuencias negativas de los mismos, lo que contribuye de forma particular al aumento de las respuestas fisiológicas de ansiedad y, en consecuencia, al aumento de las conductas torpes. El control de esa variable es de una enorme importancia, ya que concluimos con gran frecuencia que mientras que el paciente se *autoobserve* en la situación social su comportamiento será inadecuado. Algunas de las estrategias que utilizamos en estos casos son: la explicación de este fenómeno, de cómo actúa como profecía que se cumple a sí misma y de las consecuencias negativas del mismo, insistiendo en la contribución que esta variable tiene en el aumento de la ansiedad fisiológica y las conductas torpes; la discusión de las distorsiones cognitivas ya citadas que justifican, según el paciente, la necesidad de estar totalmente pendiente de los aspectos negativos de su actuación social; la presentación y crítica de la idea irracional de Ellis que se refiere a «si algo es peligroso o preocupante uno debe estar continuamente preocupado por ello, centrándose en la posibilidad de que ocurra», ya que para los pacientes esta creencia nuevamente justifica la necesidad de estar observándose; el control de los pensamientos obsesivos con estrategias como la detención del pensamiento o la saciación cognitiva, en el caso de que el paciente carezca de un mínimo control de estas obsesiones; el entrenamiento en técnicas distractoras, que se pueden aplicar en el momento de la interacción social con el objetivo de no estar centrado en uno mismo. Por último, en el caso de la exposición *in vivo*, como prueba de realidad que se lleva a cabo en la clínica, tenemos una buena oportunidad para hacerle ver al paciente las consecuencias negativas inmediatas de este exceso de autoobservación, que, como ya hemos comentado, estará relacionado con la actuación social inadecuada del paciente en la representación de papeles de la situación simulada. En definitiva, hay tres modalidades principales para trabajar la autoobservación: manejar la atención externa (distracción), la autoatención (saciación, etc.) o el esquema negativo que controla la autoatención (reestructuración cognitiva, etc.), tal y como hemos ilustrado en otros trabajos (Bas, 1991, en prensa).

Igualmente, es propio de estos pacientes el exceso de autoevaluación, con criterios rígidos y perfeccionistas, y el déficit de autorrefuerzo en su actuación social, junto con un exceso de autocastigo por sus conductas inadecuadas, que van a agravarse en la medida en que se presente una sintomatología depresiva asociada al cuadro fóbico. En la exposición *in vivo* como comprobación de la realidad se trabajan estas variables ajustando los criterios sesgados, perfeccionistas y exigentes, observando las distorsiones que se cometen y fomentando la práctica de autoevaluaciones más ajustadas y adaptativas. El entrenamiento en observación de comportamientos positivos y el autorrefuerzo por ellos son estrategias útiles para el cambio de este estilo cognitivo negativo. Por otro lado, la discusión de las consecuencias desadaptativas del estilo de autocastigo es de utilidad para disminuir la influencia negativa de esta variable, explicándole al paciente, especialmente, cómo el autocastigo disminuye el estado de ánimo y, en consecuencia, aumenta la probabilidad de las conductas de evitación así como la credibilidad en las creencias negativas acerca del interés social que el paciente cree tener para los demás, aumentando su malestar y su ansiedad.

3. Presentación de los derechos humanos básicos

Nuestros derechos humanos provienen de la idea de que todos somos creados iguales, en un sentido moral, y que nos tenemos que tratar como tales. En las relaciones sociales, entre dos iguales, ninguna persona tiene privilegios exclusivos, porque las necesidades y los objetivos de cada persona tienen que ser valorados igualmente. Un derecho humano básico en el contexto de las HH SS es algo que todo el mundo tiene derecho a ser (p. ej., independiente), tener (p. ej., sentimientos y opiniones propios) o hacer (p. ej., pedir lo que se quiere) en virtud de su existencia como seres humanos.

Un tipo de derechos que se confunde frecuentemente con los derechos humanos básicos es el derecho de *rol*. Los derechos humanos pueden generalizarse a todo el mundo, mientras que los derechos de *rol* son aquellos que posee una persona en virtud de un contrato formal o informal para ejercer ciertas responsabilidades o emplear determinadas habilidades.

Dado que no toda la gente reconoce los mismos derechos humanos básicos, pueden plantearse conflictos. Lange y Jakubowski (1976) señalan cuatro razones por las que es importante desarrollar un sistema de creencias que ayude a las personas a sostener y justificar su actuación socialmente adecuada: 1) la persona puede continuar creyendo en su derecho a actuar como piensa que lo tiene que hacer, incluso cuando es criticado injustamente por dicha conducta; 2) puede contraatacar cualquier culpa irracional que pueda ocurrir más tarde como resultado de haberse comportado de la manera que lo hizo; 3) puede estar orgulloso de su comportamiento incluso en el caso de que a nadie más le agrade dicha conducta; y 4) será más probable que se comporte del modo que lo quiere hacer.

Para ilustrar la importancia de creer en los derechos humanos básicos que todos poseemos, se puede realizar el siguiente ejercicio. De la hoja con los derechos humanos básicos (véase cuadro 2.3) se dice a los miembros del grupo que

CUADRO 2.3. *Muestra de derechos humanos básicos* (tomado de Caballo, 1993)

1. El derecho a mantener tu dignidad y respeto comportándote de forma habilidosa o asertiva —incluso si la otra persona se siente herida— mientras no violes los derechos humanos básicos de los demás
2. El derecho a ser tratado con respeto y dignidad
3. El derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta
4. El derecho a experimentar y expresar tus propios sentimientos
5. El derecho a detenerte y pensar antes de actuar
6. El derecho a cambiar de opinión
7. El derecho a pedir lo que quieres (teniendo en cuenta que la otra persona tiene el derecho a decir que no)
8. El derecho a hacer menos de lo que humanamente eres capaz de hacer
9. El derecho a ser independiente
10. El derecho a decidir qué hacer con tu propio cuerpo, tiempo y propiedad
11. El derecho a pedir información
12. El derecho a cometer errores —y ser responsables de ellos
13. El derecho a sentirte a gusto contigo mismo
14. El derecho a tener tus propias necesidades y que esas necesidades sean tan importantes como las necesidades de los demás. Además, tenemos el derecho de pedir (no exigir) a los demás que respondan a nuestras necesidades y de decidir si satisfacemos las necesidades de los demás
15. El derecho a tener opiniones y expresarlas
16. El derecho a decidir si satisfaces las expectativas de otras personas o si te comportas siguiendo tus intereses —siempre que no violes los derechos de los demás
17. El derecho a hablar sobre el problema con la persona involucrada y aclararlo, en casos límite en que los derechos no están del todo claros
18. El derecho a obtener aquello por lo que pagas
19. El derecho a escoger no comportarte de manera asertiva o socialmente habilidosa
20. El derecho a tener derechos y defenderlos
21. El derecho a ser escuchado y a ser tomado en serio
22. El derecho a estar solo cuando así lo escojas
23. El derecho a hacer cualquier cosa mientras que no violes los derechos de alguna otra persona

escojan un derecho de la lista que sea importante para ellos, pero que normalmente no se aplica a sus vidas, o bien uno que les sea difícil de aceptar. Luego se les da las siguientes instrucciones: «Cerrad los ojos... poneros en una posición cómoda... inspirad profundamente, mantened el aire dentro tanto como podáis y luego echadlo lentamente... Ahora imaginad que tenéis el derecho que seleccionasteis de la lista... Imaginad cómo cambia vuestra vida al aceptar ese derecho... Cómo actuaríais... Cómo os sentiríais con vosotros mismos... con otras personas...». Esta fantasía continúa durante dos minutos, después de los cuales el terapeuta sigue diciendo: «Ahora imaginad que ya no tenéis ese derecho... Imaginad cómo cambiaría vuestra vida respecto a como era hace unos momentos... Cómo actuaríais ahora... y cómo os sentiríais con vosotros mismos... y con otras personas...». Esta fantasía continúa durante otros dos minutos. Luego, por parejas, discuten las siguientes cuestiones: qué derecho seleccionaron, cómo actuaron y cómo se sintieron cuando tenían y cuando no tenían el derecho, y qué aprendieron con el ejercicio (Kelley, 1979; Lange y Jakubowski, 1976).

6. Presentación de la hoja de autorregistro multimodal

Se presenta a los miembros del grupo la hoja de autorregistro multimodal, donde anotarán las conductas, grado de ansiedad y pensamientos que ocurrieron en las situaciones objetivo de las tareas para casa (véase cuadro 2.4).

7. Asignación de las tareas para casa

Se asignan las tareas para casa que consistirán principalmente en introducirse en situaciones, acordadas de antemano entre el terapeuta y los miembros del grupo, que produzcan cierta ansiedad (ejercicios conductuales de comprobación de hipótesis). Se les recuerda que empleen la relajación diferencial e identifiquen y cuestionen los pensamientos desadaptativos que les vengán a la cabeza. Asimismo, han de identificar los derechos presentes en cada una de las situaciones abordadas.

Se utiliza la hoja de registro multimodal para anotar el grado de ansiedad producido por la situación, pensamientos desadaptativos que tuvo en ella, pensamientos racionales con los que los contrarrestó, conducta llevada a cabo y grado de ansiedad final/lo que le gustaría haber hecho (véase cuadro 2.4).

VII.5. Quinta sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Exposición graduada
3. Asignación de las tareas para casa

CUADRO 2.4. Hoja de autorregistro multimodal para cumplir en la evaluación de la conducta social (adaptada de Caballo, 1993)

Nombre: _____		Período: _____	
Hora y día en que ocurrió	Situación	Evaluación de la ansiedad (0-100)	Pensamientos irracionales
			Pensamientos racionales
		Evaluación de la ansiedad (0-100)	Conducta social manifestada

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se dedican al repaso de las tareas para casa que se programaron en la sesión anterior. Se describe lo que cada sujeto hizo, se le refuerza las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido.

2. Exposición graduada

Se puede volver a plantear la explicación de la adquisición de temores con base en la teoría de los dos factores de Mowrer al empezar esta sección de la exposición graduada (estrategia básica de la intervención con pacientes con fobia social). Se le explica al sujeto que en vez de escapar de la situación temida, que no arregla nada las cosas, es más útil exponerse a ella hasta que la ansiedad disminuya notablemente o desaparezca. Igualmente, se utiliza la exposición en vivo a las situaciones temidas como *comprobación de la realidad*.

El objetivo de la gente con fobia social es superar la evitación y romper la asociación entre la ansiedad y situaciones sociales concretas. Esto se realiza de forma gradual. Se construye una jerarquía típica de situaciones sociales temidas que el paciente evita o a las que se enfrenta con gran ansiedad y conductas torpes. Empezaremos a ensayar estas conductas en la clínica, previo análisis de las expectativas negativas: le preguntaremos al paciente cuáles son sus expectativas de realizar el comportamiento social adecuado y él señalará los contenidos de sus miedos. Por ejemplo, el paciente verbalizará que «no lo voy a hacer bien». Nuestra primera tarea consistirá en hacer una descripción operativa de esta creencia para que pueda ser sometida a contraste, ya que una verbalización tan abstracta difícilmente puede ser contrastada con la realidad. Después de varias preguntas, concretaremos los contenidos del miedo: «no me va a salir ninguna palabra, no voy a ser capaz de decir nada, voy a tartamudear, no voy ni a mirarle a los ojos, etc.». Estas expectativas sí pueden ser sometidas a contraste. A continuación le pediremos el grado de creencia que tiene en que esto va a ser así irremediamente y pasaremos a continuación a ensayar la situación de la jerarquía asociada a un menor nivel de ansiedad. Grabaremos en vídeo su actuación para que el paciente pueda percibir de forma objetiva cuál ha sido el grado de adecuación de ésta. En general, encontramos que en pacientes con un repertorio de habilidades sociales adecuado, la realización de la tarea social es inadecuada sólo si están pensando negativamente; las expectativas negativas actúan como una profecía que se cumple a sí misma, contribuyendo a la aparición del malestar fisiológico que es percibido inmediatamente por el paciente y etiquetado de forma irracional («me estoy poniendo colorado, es horrible, no lo soporto»), favoreciéndose de este modo la aparición de las conductas torpes (tartamudeo, déficit de contacto visual, exceso de locuacidad o quedarse callado, etc.). En cambio, si el paciente controla esas expectativas negativas, dicho círculo se rompe y puede actuar con naturalidad y espontaneidad, sin que aparezcan las respuestas fisiológicas de ansiedad y las temidas conductas torpes.

Como decíamos, después de que el paciente ha evaluado el grado de creencia en sus expectativas y ha llevado a cabo el comportamiento social que se le pide, se le pregunta de nuevo cómo ha percibido su actuación. Es frecuente que los pacientes con el trastorno que nos ocupa mantengan claros sesgos en la evaluación de su comportamiento social debido a las distorsiones cognitivas que presentan. Así nos encontramos que su juicio acerca de su actuación es más negativo de lo que se podía esperar y, curiosamente para él, no coincide con la opinión del resto de los compañeros de su grupo que juzgan su actuación mejor de lo que él lo hace. Por ejemplo, se le pide al paciente (antes de que vea en vídeo su actuación) que evalúe en qué medida se han cumplido sus expectativas negativas (en una escala subjetiva que oscila entre 0 y 100) y cuál sería el grado de ejecución que ha tenido (0= actuación completamente inadecuada y 100= actuación totalmente adecuada). Sus compañeros realizan la misma evaluación para que ésta le sirva de contraste al paciente. A continuación se visiona el vídeo para que el paciente contraste sus criterios de evaluación con la realidad y observe si se han cumplido, y en qué medida, sus expectativas negativas. Si el paciente ha estado controlado por éstas durante toda la actuación, las verá cumplidas en gran medida, confirmándose las hipótesis establecidas al respecto; se le hace ver entonces al paciente cómo el problema comienza por pensar de forma tan negativa. Si el paciente no se ha visto controlado por estas expectativas y ha mantenido la calma, podrá confirmar cómo su juicio acerca de su actuación no es correcto, y, en general, no se han cumplido sus expectativas tanto como él temía y su actuación ha sido más correcta que lo que él esperaba. En este momento se contrastan sus grados de creencia del cumplimiento de expectativas y de actuación correcta con la media del grupo para confirmar sus distorsiones. Es el momento en el que el paciente se da cuenta de cómo sus criterios de evaluación están distorsionados y son más exigentes e inflexibles que los del resto de los pacientes del grupo, que, por otro lado, cuando sean sometidos al mismo contraste, cometerán los mismos errores, mientras que, sin embargo, como evaluadores objetivos del comportamiento social de los otros compañeros del grupo, no caerán en las distorsiones cognitivas y presentarán un juicio más adecuado a la realidad.

Después de esta prueba, se le pide al paciente que genere autorrefuerzo por los comportamientos sociales adecuados, y el resto del grupo y los terapeutas también refuerzan los comportamientos sociales eficaces y las evaluaciones más objetivas que el paciente llega a realizar de su comportamiento después de toda esta discusión.

A continuación se continúa ensayando otro comportamiento de la jerarquía que sea de mayor ansiedad que el anterior.

Los criterios para dejar de ensayar estas situaciones están determinados por las puntuaciones que los pacientes presentan en los controles que se producen después de cada ensayo, concretamente sobre el grado de ansiedad subjetiva que el paciente presenta cuando realiza estas representaciones de papeles y sobre el grado de ajuste de sus evaluaciones objetivas, así como el control de la autoobservación.

En particular, se llevan a cabo los siguientes registros para cada paciente y para cada conducta ensayada: a) grado de ansiedad subjetiva durante la actuación (Es-

cala SUD, de 0 a 100); b) grado de cumplimiento de las expectativas negativas generadas antes de la actuación; c) grado de eficacia de su actuación en una escala subjetiva de 0 a 100 (0= completamente incompetente y 100= completamente competente); d) grado de eficacia de su actuación según los compañeros del grupo; e) grado de adecuación de las habilidades verbales y no verbales pertinentes a la tarea (en una escala de 1 a 5, donde 3 representa la adecuación justa, 1 la falta de adecuación y 5 la adecuación total) según los observadores externos (véase Caballo, 1993).

Llevar un control tan exhaustivo, aun cuando es complicado en la práctica clínica real, es de enorme utilidad para que los pacientes aprecien su evolución y contrasten sus opiniones con la realidad objetiva que observan los demás, motivándoles así a seguir trabajando en la terapia e implicándoles más en la misma. Hemos podido apreciar, a lo largo de nuestra experiencia clínica, cómo el control del proceso de evolución a través de registros pertinentes de las conductas del paciente disminuye la probabilidad de que éste abandone la terapia, contribuye a la motivación del mismo para la realización de las tareas terapéuticas y, en consecuencia, promueve la mejoría.

Como decíamos, el control de la autoobservación es un punto determinante. Si el paciente se autoobserva mientras actúa, su comportamiento social será inadecuado y torpe. Si el paciente se centra en la situación controlando su autoobservación inadecuada y excesiva, aumentará la probabilidad de que su comportamiento social sea adecuado. Para el paciente significará siempre un gran reto disminuir la autoobservación que le perjudica de forma considerable en su actuación. Más adelante comentaremos la importancia de controlar esta variable.

Estos ensayos se realizarán antes de que el paciente lleve a la práctica esos comportamientos en situaciones reales, asegurándonos de que el paciente va a comportarse en la vida real de forma adecuada y eficaz.

Se puede también hacer que algunas situaciones sociales se experimenten primero por medio de la imaginación, haciendo que los sujetos piensen en dichas situaciones después de haberse relajado de forma rápida. Se puede evaluar el nivel de ansiedad sentido por los sujetos utilizando la *Escala SUD* ya vista en una sesión anterior. Si la ansiedad del sujeto se eleva demasiado, se detiene la escena y el sujeto se vuelve a relajar. Estas mismas situaciones que el sujeto se ha imaginado se pueden plantear como tareas para casa, descomponiéndolas en pequeños pasos en el caso de que sean complejas. Por ejemplo, en el caso de un sujeto con temor a comer en público, se podría descomponer dicha conducta en pasos más específicos (Andrews *et al.*, 1994):

1. Tomar un café por la mañana en la cafetería
2. Tomar una caña al mediodía
3. Tomar una caña y unas tapas al mediodía
4. Tomar un plato combinado durante el menos 20 minutos
5. Tomar un plato combinado, terminarlo y pedir un café, estando al menos 15 minutos después

Se puede utilizar la *Escala SUD* para evaluar la ansiedad producida por cada paso. Igualmente se registran los pensamientos desadaptativos que se han tenido en cada una de las etapas.

3. Asignación de las tareas para casa

Se utiliza la hoja de autorregistro multimodal para anotar las distintas situaciones sociales en las que el sujeto se va a ver envuelto durante la semana. Se programan varias situaciones sociales de la jerarquía establecida en la sesión para que el sujeto se exponga a ellas utilizando la relajación diferencial y el cuestionamiento de pensamientos desadaptativos.

VII.6. Sexta sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Introducción al campo de las habilidades sociales
3. Charla y ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales
4. Diferencias entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva
5. Asignación de tareas para casa

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se dedican al repaso de las tareas para casa que se programaron en la sesión anterior. Se describe lo que cada sujeto hizo, se le refuerzan las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido.

2. Introducción al campo de las habilidades sociales

Se presenta a los miembros del grupo una visión general de lo que son las habilidades sociales. Se plantea el concepto de habilidad social, se presentan las distintas dimensiones de las habilidades sociales y se integra dentro de lo que es el problema de la fobia social (Caballo, 1991, 1993).

3. Charla y ejercicios explicativos sobre los componentes moleculares de las habilidades sociales

Se presenta al sujeto información básica sobre los componentes no verbales, paralingüísticos y verbales más importantes para la conducta socialmente habilidosa (véase Caballo, 1993). Así, se plantea primeramente una visión general de la comunicación no verbal y se describen brevemente las características más importantes de algunos elementos, como los siguientes:

LA MIRADA. La mirada se define objetivamente como «el mirar a otra persona a o entre los ojos, o, de forma más general, en la mitad superior de la cara. La mirada mutua implica que se ha hecho “contacto ocular” con otra persona»

(Cook, 1979). Casi todas las interacciones de los seres humanos dependen de miradas recíprocas.

Algunos de los significados y funciones de las pautas de mirada son: a) *Actitudes.* La gente que mira más es vista como más agradable, pero la forma extrema de mirada fija es vista como hostil y/o dominante. Ciertas secuencias de interacción tienen más significados, p. ej., dejar de mirar el primero es señal de sumisión. La dilatación pupilar señala interés por el otro; b) El mirar más *intensifica* la impresión de algunas emociones, como la ira, mientras que el mirar menos intensifica otras, como la vergüenza; c) *Acompañamiento del habla.* La mirada se emplea, junto con la conversación, para sincronizar, acompañar o comentar la palabra hablada. En general, si el oyente mira más produce más respuesta por parte del que habla, y si el que habla más mira más es visto como persuasivo y seguro.

LA EXPRESIÓN FACIAL. La cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones. Hay seis principales expresiones de las emociones y tres áreas de la cara responsables de su manifestación. Las seis emociones son: alegría, sorpresa, tristeza, miedo, ira y asco/desprecio, y las tres regiones faciales, la frente/cejas, ojos/párpados y la parte inferior de la cara. La conducta socialmente habilidosa requiere una expresión facial que esté de acuerdo con el mensaje. Si una persona tiene una expresión facial de miedo o de enfado mientras intenta iniciar una conversación con alguien, no es probable que tenga éxito.

LOS GESTOS. Un gesto es cualquier acción que envía un estímulo visual a un observador. Para llegar a ser un gesto, un acto tiene que ser visto por algún otro y tiene que comunicar alguna información. Los gestos son básicamente culturales. Las manos y, en un menor grado, la cabeza y los pies pueden producir una amplia variedad de gestos, que se emplean para una serie de propósitos diferentes. Los gestos se constituyen en un segundo canal que es muy útil, por ejemplo, para la sincronización y la retroalimentación. Los gestos que sean apropiados a las palabras que se dicen servirán para acentuar el mensaje añadiendo énfasis, franqueza y calor. Los movimientos desinhibidos pueden sugerir también franqueza, confianza en uno mismo (salvo que el gesto sea errático y nervioso) y espontaneidad por parte del que habla.

LA POSTURA. La posición del cuerpo y de los miembros, la forma en que se sienta la persona, cómo está de pie y cómo pasea, reflejan sus actitudes y sentimientos sobre sí misma y su relación con los otros. Algunas posturas comunican rasgos como los siguientes: a) *Actitudes.* Un conjunto de posiciones de la postura que reducen la distancia y aumentan la apertura hacia el otro son cálidas, amigables, íntimas, etc. Las posiciones “cálidas” incluyen el inclinarse hacia delante, con los brazos y piernas abiertos, manos extendidas hacia el otro. Otras posiciones que indican actitudes abarcan: apoyarse hacia atrás, manos entrelazadas que sostienen la parte posterior de la cabeza indican dominancia o sorpresa; brazos colgando, cabeza hundida y hacia un lado indican timidez; piernas separadas, brazos en jarras, inclinación lateral indican determinación. b) *Emociones.* Existe evidencia de que la postura puede comunicar emociones específicas (como el estar tenso o relajado), incluyendo: hombros encogidos, brazos ergui-

dos, manos extendidas indican indiferencia; inclinación hacia delante, brazos extendidos, puños apretados indican ira; varias clases de movimientos pélvicos, el cruzar y descruzar las piernas (en las mujeres) indican flirtear. c) Acompañamiento del habla. Los cambios importantes de la postura se emplean para marcar amplias unidades del habla, como en los cambios de tema, para dar énfasis y para señalar el tomar o el ceder la palabra.

LA ORIENTACIÓN. Los grados de orientación señalan el grado de intimidad/formalidad de la relación. Cuanto más cara a cara es la orientación más íntima es la relación y viceversa. La orientación corporal que suele ser la más adecuada para una gran cantidad de situaciones es una frontal modificada, en la que los que se comunican se encuentran ligeramente angulados respecto a una confrontación directa —quizá de 10 a 30 grados. Esta posición sugiere claramente un alto grado de implicación, librándonos ocasionalmente del contacto ocular total.

DISTANCIA/CONTACTO FÍSICO. Hay una presencia de normas implícitas dentro de cualquier cultura que se refieren al campo de la distancia permitida entre dos personas que hablan. El grado de proximidad expresa claramente la naturaleza de cualquier interacción y varía con el contexto social. Por ejemplo, el estar muy cerca de una persona o el llegar a tocarse sugiere una cualidad de intimidad en la relación, a menos que se encuentren en sitios abarrotados. Dentro del contacto corporal, existen diferentes grados de presión y distintos puntos de contacto que pueden señalar estados emocionales, como miedo, actitudes interpersonales o un deseo de intimidad.

LA APARIENCIA PERSONAL. La apariencia personal se refiere al aspecto exterior de una persona. Aunque hay rasgos que son innatos, como por ejemplo, la forma de la cara, la estructura del cuerpo, el color de los ojos, del pelo, etc., hoy en día se puede transformar casi completamente la apariencia personal de la gente. Dejando aparte la cirugía plástica y demás intervenciones médicas, podemos cambiar a voluntad casi todos los elementos exteriores de una persona. Desde teñirse el pelo, pintarse la cara, aumentar la estatura por medio de zapatos con tacones hasta incluso cambiarse el color de los ojos por medio de lentes de contacto.

Las ropas y adornos juegan también un papel importante en la impresión que los demás se forman del individuo. Los componentes en los que se basan el atractivo y las percepciones del otro son los vestidos, el físico, la cara, el pelo y las manos. «El principal fin de la manipulación de la apariencia es la autopresentación, que indica cómo se ve a sí mismo el que así se presenta y cómo le gustaría ser tratado» (Argyle, 1978, p. 44). La apariencia se prepara con más o menos cuidado y tiene un poderoso efecto sobre las percepciones y reacciones de los otros (y algún efecto sobre el que la lleva) (Argyle, 1975). Las características de la apariencia personal ofrecen impresiones a los demás sobre el atractivo, estatus, grado de conformidad, inteligencia, personalidad, clase social, estilo y gusto, sexualidad y edad de ese individuo. «Se podría pensar que no merece la pena conocer a la gente que responde a estas señales externas, puesto que olvida el "interior de la persona". Sin embargo, la gente puede no llegar a tener nunca

una oportunidad de conocer el interior de la persona si son rechazados por la apariencia externa» (Gambrill y Richey, 1985, p. 215). La presentación de una imagen propia a los demás es una parte esencial de la conducta social, pero tiene que hacerse de un modo adecuado.

EL VOLUMEN DE LA VOZ. La función más básica del volumen consiste en hacer que un mensaje llegue hasta un oyente potencial y el déficit obvio es un nivel de volumen demasiado bajo para servir a esa función. Un alto volumen de voz puede indicar seguridad y dominio. Sin embargo, el hablar demasiado alto (que sugiere agresividad, ira o tosquedad) puede tener también consecuencias negativas —la gente podría marcharse o evitar futuros encuentros. Los cambios en el volumen de voz pueden emplearse en una conversación para enfatizar puntos. Una voz que varía poco en volumen no será muy interesante de escuchar.

LA ENTONACIÓN. La entonación sirve para comunicar sentimientos y emociones. Unas mismas palabras pueden expresar esperanza, afecto, sarcasmo, ira, excitación o desinterés, dependiendo de la variación de la entonación del que habla. Poca entonación, con un volumen bajo, indica aburrimiento o tristeza. Un patrón que no varía puede ser aburrido o monótono. Se percibe a la gente como más dinámica y extravertida cuando cambian la entonación de sus voces, a menudo, durante una conversación. Las variaciones en la entonación pueden regular también el ceder la palabra; puede aumentar o disminuir la entonación de la voz de una persona para indicar que le gustaría que hablase algún otro, o puede disminuir el volumen o la entonación de las últimas palabras de su expresión o pregunta. Una entonación que sube es evaluada positivamente (es decir, alegre); una entonación que decae, negativamente (deprimido); una nota fija, como neutral. Muchas veces la entonación que se da a las palabras es más importante que el mensaje verbal que se quiere transmitir.

LA FLUIDEZ. Las vacilaciones, falsos comienzos y repeticiones son bastante normales en las conversaciones diarias. Sin embargo, las perturbaciones excesivas del habla pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad. Demasiados períodos de silencio podrían interpretarse negativamente, especialmente como ansiedad, enfado o incluso una señal de desprecio. Expresiones con un exceso de "palabras de relleno" durante las pausas, p. ej., «ya sabes», «bueno» o sonidos como «ahh» y «ehh» provocan percepciones de ansiedad o aburrimiento. Otro tipo de perturbación incluye repeticiones, tartamudeos, pronunciaciones erróneas, omisiones y palabras sin sentido.

EL TIEMPO DE HABLA. Este elemento se refiere al tiempo que se mantiene hablando el individuo. El tiempo de conversación del individuo puede ser deficitario por ambos extremos, es decir, tanto si apenas habla como si habla demasiado. Lo más adecuado es un intercambio recíproco de información.

EL CONTENIDO. El habla se emplea para una variedad de propósitos, p. ej., comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en que se encuentre una persona, su papel en esa si-

tuación y lo que está intentando lograr. El tema o contenido del habla puede variar en gran medida. Puede ser íntimo o impersonal, sencillo, abstracto o técnico. Algunos elementos verbales que se han encontrado importantes en la conducta socialmente habilidosa han sido, por ejemplo, las expresiones de atención personal, los comentarios positivos, el hacer preguntas, los refuerzos verbales, el empleo del humor, la variedad de los temas, las expresiones en primera persona, etcétera.

Con diversos ejercicios (véase Caballo, 1993) se puede mostrar la importancia de todos estos elementos que acabamos de describir para el comportamiento social del individuo.

4. Diferencias entre conducta asertiva, no asertiva y agresiva

Una primera distinción entre conductas asertivas, no asertivas y agresivas se puede hacer empleando un modelo bidimensional de la asertividad, donde una dimensión se referiría al tipo de expresión, *manifiesta/encubierta* y la otra dimensión al estilo de conducta, *coercitiva/no coercitiva* (el estilo de conducta coercitivo emplea el castigo y la amenaza para alcanzar el objetivo). En la "aserción" la conducta se expresaría de forma manifiesta y sin ejercer coacción sobre la otra persona, mientras que la conducta "agresiva" se expresaría de forma manifiesta, pero de modo coercitivo sobre la otra persona. En la "no aserción" o bien hay una falta de expresión de la conducta o se hace de forma indirecta, pero sin intimidar al otro. En la "agresión pasiva" la conducta se expresa de manera indirecta, pero coaccionando a la otra persona, es decir, se intenta controlar la conducta de la otra persona de una manera indirecta o sutil (p. ej., una mirada amenazadora). La figura 2.3 puede representar gráficamente estos cuatro estilos de respuesta (Del Greco, 1983).

El cuadro 2.5 plantea una serie de diferencias en los niveles verbal, no verbal y de consecuencias, para esos tres estilos de respuesta. Después se plantean distintos ejemplos sobre la conducta asertiva, la no asertiva y la agresiva. Esto se puede hacer a través de una serie de medios (vídeo, representación de escenas, explicación verbal, etcétera).

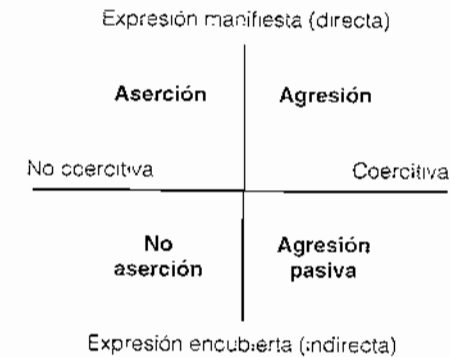
5. Asignación de tareas para casa

Se utiliza la hoja de autorregistro multimodal para anotar las distintas situaciones sociales en las que el sujeto se va a ver envuelto durante la semana. Se programan varias situaciones sociales de la jerarquía establecida en la sesión para que el sujeto se exponga a ellas utilizando la relajación diferencial y el cuestionamiento de pensamientos desadaptativos.

VII.7. Séptima sesión

1. Repaso de las tareas para casa
2. Introducción al ensayo de conducta como parte del entrenamiento en habilidades sociales

FIGURA 2.3. Un modelo bidireccional de la asertividad para explicar las diferencias entre las conductas asertiva, no asertiva y agresiva (según Del Greco, 1983)



3. Representación de una situación de cada miembro del grupo
4. Asignación de tareas para casa

1. Repaso de las tareas para casa

Aproximadamente los primeros 20 minutos de cada sesión se dedican al repaso de las tareas para casa que se programaron en la sesión anterior. Se describe lo que cada sujeto hizo, se le refuerzan las tareas correctamente realizadas y se aclaran las dificultades que haya tenido.

2. Introducción al ensayo de conducta como parte del entrenamiento en habilidades sociales

El ensayo de las habilidades básicas necesarias, sin autoobservación ni autoevaluación negativa y sin criterios perfeccionistas, es necesario para que el paciente se dé cuenta de que puede realizar los comportamientos sociales con éxito. En este caso, el proceso de exposición in vivo como comprobación de la realidad que llevamos a cabo en la clínica, como ya hemos indicado, es de gran utilidad, ya que contribuye a que el paciente practique con éxito las habilidades apropiadas y se dé cuenta de ello, evaluando su comportamiento de manera más objetiva cuando se ve a sí mismo en el vídeo y cuando contrasta su evaluación con la de los otros miembros del grupo. Si no hay autoobservación, el paciente se comporta con normalidad y espontaneidad y su comportamiento, en general, es adecuado. Si se evalúa mientras actúa, queda centrado en sus respuestas fisiológicas de ansiedad, etiquetándolas de forma dramatizada e irracional, de tal modo que sus conductas torpes aparecerán casi irremediamente. Al fijarse en estas

CUADRO 2.5. *Tres estilos de respuesta* (tomado de Caballo, 1993)

NO ASEPTIVO	ASEPTIVO	AGH'SIVO
Demasiado poco, demasiado tarde Demasiado poco, nunca	Lo suficiente de las conductas apropiadas en el momento correcto	Demasiado, demasiado pronto Demasiado, demasiado tarde
<i>Conducta no verbal</i> Ojos que miran hacia abajo, voz baja; vacilaciones; gestos desvalidos, negando importancia a la situación, postura hurrieda; puede evitar totalmente la situación; se retuerce las manos; tono vacilante o de queja, risitas "falsas".	<i>Conducta no verbal</i> Contacto ocular directo; nivel de voz conversacional; habla fluida; gestos firmes; postura erecta; mensajes en primera persona, honesto/a; verbalizaciones positivas; respuestas directas a la situación; manos sueltas.	<i>Conducta no verbal</i> Mirada fija; voz alta; habla fluida/rápida; enfrentamiento; gestos de amenaza; postura intimidatoria; deshonesto/a; mensajes impersonales.
<i>Conducta verbal</i> «¿Qué?»; «Supongo»; «Me pregunto si podríamos»; «Te importaría mucho»; «Solamente»; «No crees que»; «Ehh»; «Bueno»; «Realmente no es importante»; «No te molestes».	<i>Conducta verbal</i> «Pienso»; «Siento»; «Quiero»; «Hagámos»; «¿Cómo podemos resolver esto?»; «¿Qué piensas?»; «¿Qué te parece?».	<i>Conducta verbal</i> «Harías mejor en»; «Haz»; «Ten cuidado»; «Debes estar bromear»; «Si no lo haces. »; «No sabes»; «Deberías»; «Mal».
<i>Efectos</i> Conflictos interpersonales Depresión Desamparo Imagen pobre de uno mismo Se hace daño a sí mismo Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No se gusta a sí mismo ni le gusta a los demás Se siente enfadado	<i>Efectos</i> Resuelve los problemas Se siente a gusto con los demás Se siente satisfecho Se siente a gusto consigo mismo Relajado Se siente con control Crea y fabrica la mayoría de las oportunidades Se gusta a sí mismo y a los demás Es bueno para sí y para los demás	<i>Efectos</i> Conflictos interpersonales Culpa Frustración Imagen pobre de sí mismo Hace daño a los demás Pierde oportunidades Tensión Se siente sin control Soledad No le gustan los demás Se siente enfadado

conductas inadecuadas, aumentará su deseo de evitación y se dará la conducta de escape, presentándose un estado de ánimo negativo y, en casos graves, una desesperanza importante, que contribuirán a mantener la evitación. Si ante la elevación de la ansiedad el paciente se da instrucciones de «relájate», «calma», «respira hondo», etc., desdramatiza la importancia de la situación y de su actuación, deja de observarse y se centra en la tarea social, disminuirá de forma considerable la probabilidad de que aparezcan las temidas conductas. Esos comportamientos son muy importantes para entender la reacción del medio ambiente ante los pacientes con este trastorno. Hemos escuchado en repetidas ocasiones que la mayor torpeza se presenta ante las personas más importantes para el paciente. Cuando éste no desea que la otra persona se dé cuenta del interés que tiene hacia ella, puede llegar a comportarse de forma manifiestamente hostil o intentar pasar desapercibido, de tal manera que aumenta la probabilidad de que el otro no responda de forma adecuada y no se relacione con el paciente. Esto lo interpreta como un hecho más que demuestra cómo los demás le rechazan, sin darse cuenta de que su propio comportamiento es responsable en gran medida de la no atención de los demás. Por lo que podemos apreciar que el control de las conductas torpes, agresivas o de ocultación ante los demás es de una gran importancia para que el paciente se desenvuelva en un contexto social de una manera tal que aumente la probabilidad de obtener refuerzo social por parte de las personas importantes para él.

Los fallos en las habilidades sociales, tanto las verbales (tartamudez, incapacidad para articular una palabra, etc.) como las no verbales (déficit de contacto visual, de sonrisa, etc.) se corrigen en las sesiones de ensayo de las situaciones temidas ya comentadas. Los pacientes tienen mucho miedo a actuar de forma incorrecta y se perciben a sí mismos actuando de esta manera, cuando de hecho, con frecuencia, su actuación es más adecuada de lo que ellos piensan. Pero, como ya hemos señalado, necesitan verse en vídeo para ajustar sus criterios de observación y darse cuenta de sus sesgos observacionales y de sus distorsiones. Nuevamente, el control de los otros compañeros del grupo de tratamiento servirá para que el paciente se dé cuenta de que su juicio siempre es más estricto que el de los observadores externos. En los casos más graves, la opinión de los otros es desestimada al creer que no puede ser cierto lo que dicen, presentando afirmaciones del tipo «bueno, claro, ellos qué van a decir», «no me van a hundir diciendo que lo he hecho realmente mal», «lo dicen por animarme», etc. Es útil en estos casos señalarles que cuando él es el que juzga a los otros y les refuerza por su comportamiento adecuado, no lo hace por animarles, ni les engaña ni les miente: sencillamente les está diciendo lo que piensa, al igual que hacen los otros cuando le juzgan a él. El paciente más grave puede resistirse a aceptar que sus habilidades son suficientes y, en ocasiones, bastante adecuadas a las exigencias de la situación. De cualquier manera, algunos pacientes menos habilidosos necesitan más ensayos de las situaciones temidas con la pertinente práctica de las habilidades verbales y no verbales en las que presenten déficits. Para ello se utiliza el ensayo de conducta.

En el ensayo de conducta el paciente representa cortas escenas que simulan situaciones de la vida real. Se le pide al actor principal —el paciente— que des-

criba brevemente la situación-problema real. Las preguntas *qué, quién, cómo, cuándo y dónde* son útiles para enmarcar la escena, así como para determinar la manera específica en que el sujeto quiere actuar. La pregunta "por qué" debería evitarse. Al actor o actores del otro papel o papeles se les llama por el nombre de las personas significativas para el sujeto en la vida real. Una vez que se empieza a representar la escena, es responsabilidad de los entrenadores asegurarse de que el actor principal representa el papel y que intenta seguir los pasos conductuales mientras actúa. Si se "sale del papel" y empieza a hacer comentarios, explicando acontecimientos pasados u otros asuntos, el entrenador señalará con firmeza que se meta otra vez en el papel.

Si el participante tiene dificultades con una escena, debería pararse para discutirlo. El continuar cuando alguien está ansioso o molesto, o está mostrando una conducta inapropiada o no funcional, no es constructivo. Por otra parte, si un sujeto muestra únicamente una leve vacilación o se está acercando a la conducta deseada, se le puede "apuntar" dándole apoyo y ánimo. El "apuntar" puede consistir en «cualquier clase de instrucción directa, indicio o señal que se da al sujeto durante el ensayo de una escena, ya sea de forma verbal o no verbal».

Si la situación escogida para el ensayo de conducta se muestra muy difícil, el que va a actuar debería ser encauzado para que practicara una versión más fácil de la misma situación.

Un número apropiado de ensayos de conducta para un segmento o para una situación varía de tres a diez. Salvo que la situación que se ensaye sea corta, debería dividirse en segmentos que sean practicados en el orden en que ocurren.

Aunque la secuencia de cada representación de papeles (es decir, los pasos conductuales) es siempre la misma (puede haber pequeñas variaciones), el contenido de las situaciones representadas cambia de acuerdo con lo que le ocurre o podría ocurrir a los sujetos en la vida real. Seguidamente describimos una secuencia típica para llevar a cabo el ensayo de conducta en un formato grupal. Se exponen numerosos pasos para ofrecer una idea de cómo puede ser una secuencia completa del ensayo de conducta (ayudado por otros procedimientos), aunque frecuentemente no es necesario pasar por todos esos pasos. Los pasos son los siguientes:

1. Descripción de la situación "problema".
2. Representación de lo que el paciente hace normalmente en esa situación.
3. Identificación de las posibles *cogniciones desadaptativas* que estén influyendo en la conducta socialmente inadecuada del paciente.
4. Identificación de los *derechos humanos básicos* implicados en la situación.
5. Identificación de un *objetivo adecuado* para la respuesta del paciente. Evaluación por parte de éste de los objetivos a corto y largo plazo (*solución de problemas*).
6. Sugerencia de respuestas alternativas por los otros miembros del grupo y por los entrenadores/terapeutas, concentrándose en *aspectos moleculares* de la actuación.
7. Demostración de una de estas respuestas por los miembros del grupo o los entrenadores, para el paciente (*modelado*).

8. Utilizando la relajación diferencial, el paciente *practica encubiertamente* la conducta que va a llevar a cabo como preparación para la representación de papeles.
9. *Representación* por parte del paciente de la respuesta elegida, teniendo en cuenta la conducta del modelo, que acaba de presenciar, y las *sugerencias* aportadas por los miembros del grupo/terapeutas a la conducta modelada. El paciente no tiene que reproducir como un "mono de imitación" la conducta modelada, sino que tiene que integrarla en su estilo de respuesta.
10. *Evaluación de la eficacia* de la respuesta:
 - a. Por el que representa el papel, teniendo en cuenta el nivel de ansiedad presente y en el grado de eficacia que piensa tuvo la respuesta.
 - b. Por los otros miembros/entrenadores del grupo, basándose en el criterio de la conducta habilidosa. La *retroalimentación* proporcionada por éstos es específica, subrayando los rasgos positivos y señalando las conductas inadecuadas de manera amigable no punitiva. Una forma de conseguir esto último es que los terapeutas pregunten a los miembros del grupo, "¿Qué se podría mejorar?", teniendo en cuenta que deben referirse a aspectos "moleculares" concretos y observables. Además, los terapeutas reforzarán las mejoras empleando una estrategia de *moldeamiento* o aproximaciones sucesivas.
11. Teniendo en cuenta la evaluación realizada por el paciente y el resto del grupo, el terapeuta u otro miembro del grupo vuelven a representar (*modelar*) la conducta, incorporando algunas de las sugerencias hechas en el paso anterior. No es conveniente que en cada ensayo se intente mejorar más de dos elementos verbales/no verbales a la vez.
12. Se reciten los pasos del 8 al 11 tantas veces como sea necesario, hasta que el paciente (especialmente) y los terapeutas/miembros del grupo piensen que la respuesta ha llegado a un *nivel adecuado* para ser llevada a cabo en la vida real. Hay que señalar que el modelado del paso 11 no es necesario repetirlo en cada ocasión en que se vuelva a representar la escena, incorporando directamente el paciente las sugerencias que le han hecho a su nueva representación.
13. Se repite la escena entera, una vez que se han incorporado, progresivamente, todas las posibles mejoras.
14. Se dan las últimas instrucciones al paciente sobre la puesta en práctica de la conducta ensayada en la vida real, las consecuencias positivas y/o negativas con que puede encontrarse y que lo más importante es que lo intente, no que tenga éxito (*tareas para casa*). Se le señala también que, en la próxima sesión, se analizarán tanto la forma de llevar a cabo dicha conducta como los resultados obtenidos.

Si el paciente es incapaz de completar el ensayo satisfactoriamente, se debe descomponer entonces la escena que se está representando en partes más pequeñas y ensayarlas paso a paso. «Podría también descomponerse en conductas verbales y no verbales y practicarse no verbalmente antes de añadir las palabras» (Wilkinson y Canter, 1982, p. 47). Estos mismos autores señalan que también se puede dar una oportunidad a los miembros del grupo, antes de la representación de la escena, para que practiquen durante unos pocos minutos en parejas o en

grupos de tres, etc. (dependiendo de la situación). Esto permite al entrenador darse una vuelta por el grupo y hacer sugerencias antes de que se represente "en público".

3. Ensayo de una escena propia de cada uno de los miembros del grupo

Cada uno de los miembros del grupo presenta una situación para ilustrar el ensayo de conducta típico.

4. Asignación de tareas para casa

Se lleva a cabo en la vida real la escena representada en la sesión, anotando el desarrollo en la hoja de registro multimodal. Se escogen varias situaciones de la jerarquía de las temidas por cada paciente y el sujeto se expone a ellas en la vida real, teniendo en cuenta todo lo aprendido hasta ahora.

VII.8. Sesiones 8 a 13

1. Repaso de las tareas para casa
2. Ensayo de situaciones con relajación y reestructuración cognitiva
3. Exposición en la vida real
4. Asignación de tareas para casa

En las sesiones 8 a 13 se empieza y termina repasando y asignando respectivamente las tareas para casa. Estas sesiones se dedican a las principales técnicas de tratamiento, es decir, relajación, reestructuración cognitiva y exposición más entrenamiento en habilidades sociales, junto con las tareas para casa. Cada sujeto presenta una situación propia, que se representa en el grupo. Ejemplos de estas situaciones son el iniciar una conversación con una persona desconocida del sexo opuesto, el hablar en pequeños grupos, etc. Luego se lleva a cabo la exposición a esas mismas situaciones de la vida real.

Se le pregunta a los miembros del grupo sobre sus peores temores en la situación y dichos temores se incorporan a las exposiciones simuladas. De esta forma, si un paciente teme que le ridiculicen públicamente mientras habla en un grupo, se instruye a los participantes para que lo hagan, incluso aunque la probabilidad de que ocurra sea escasa. Durante las simulaciones, los sujetos proporcionan evaluaciones periódicas de su ansiedad en la *Escala SUD* descrita con anterioridad.

La exposición *in vivo* jerarquizada y graduada, previo ensayo en la clínica de todas las situaciones temidas tal y como ya hemos señalado, se lleva a cabo en lo que resta de tratamiento. Se recomienda de forma especial que esta exposición se realice de manera prolongada y repetida, llevando a cabo el mayor número de exposiciones en el menor tiempo posible, ya que el paciente verá cómo su ansie-

dad disminuye con más rapidez y aumentan sus expectativas de autoeficacia, disminuyendo el malestar subjetivo, si se expone de forma repetida.

El orden de la intervención suele ser el siguiente: a) exposición a las situaciones temidas en la clínica como prueba de realidad; b) entrenamiento en rechazo; c) exposición *in vivo* controlada con los terapeutas y los compañeros del grupo en las situaciones reales; d) exposición a las situaciones temidas en los ambientes naturales, buscando una generalización de respuestas y ante situaciones diversas muy calculadas.

Ya hemos comentado los dos primeros pasos de este procedimiento. Insistiremos ahora en que el tercer paso va dirigido a aumentar la probabilidad de que el paciente se exponga sólo a las situaciones que teme. En ocasiones este paso intermedio no puede darse debido a la naturaleza de la situación problema pero, en muchos casos, situaciones como saludar o iniciar conversaciones con personas desconocidas que sean atractivas o interesantes para el paciente, o expresar sentimientos negativos o positivos, así como quedar citado para una nueva ocasión, invitar a alguien a tomar algo, etc., pueden ser practicadas en grupo y con la presencia del terapeuta en situaciones reales en la calle.

En estos casos es práctica frecuente que, en primer lugar, el terapeuta realice la conducta específica y el paciente observe, para que aprenda por modelado y se dé cuenta de que las consecuencias de este comportamiento no son tan negativas como él había adelantado. Es común que estos pacientes piensen que los otros van a reaccionar inevitablemente de forma muy negativa ante las iniciativas sociales de ellos.

En segundo lugar, el paciente realiza el comportamiento mientras que es observado por dos terapeutas que, de manera disimulada, registran la exactitud de su conducta para poder darle retroalimentación específica acerca de sus habilidades.

En tercer lugar, el paciente recibe el comentario de los terapeutas que le han observado y de los otros pacientes que han estado presentes para dar lugar a una discusión acerca de su actuación y de los comportamientos de los otros que interactuaban con él. Se genera refuerzo social y autorrefuerzo por la actuación y se evalúa si se han presentado expectativas negativas, si el paciente ha centrado la atención en sí mismo mientras se relacionaba con el otro y cuál ha sido el grado de ansiedad que ha sentido durante la interacción social.

La presencia de un paciente que actúa como "modelo", que ha sido ya dado de alta y que sufrió en su momento los mismos síntomas que el paciente, es de gran utilidad en los casos en que, trabajando en la calle, el paciente quiere evitar la situación y presenta comportamientos de resistencia a la actuación, intentando manipular al terapeuta con comportamientos de llanto, sentimientos depresivos, etcétera.

El terapeuta de un grupo de pacientes con fobia social debe ser asertivo y saber controlar el refuerzo de conductas desadaptativas por parte del paciente, que puede intentar evitar su actuación aun cuando haya ensayado la misma con éxito, en repetidas ocasiones, en la clínica. Aunque se den estas condiciones, el paciente con fobia social presenta una importante tendencia de evitación cuando los comportamientos tienen que ser practicados en la calle. El terapeuta debe estar preparado para esta eventualidad y haber negociado, en su caso y por ade-

lantado, la práctica de un *coste de respuesta* que se aplicará ante las conductas de evitación. Es interesante no permitir que pase mucho tiempo desde que se decide qué ítem de la jerarquía se va a llevar a cabo hasta que esta práctica se pone en marcha. Cuanto más tiempo permanezca el paciente con verbalizaciones del tipo «no lo puedo hacer», «no estoy en condiciones», «no me encuentro bien», «mejor lo dejamos para otro día», etc., más miedo se autogenera y más creíbles aparecen para él las expectativas negativas, aumentando la probabilidad de que, al final de este proceso, el paciente evite el enfrentamiento con la situación temida. Si el terapeuta permite la evitación, ésta le provocará al paciente un alivio inmediato de la ansiedad, siendo una vez más reforzado negativamente su comportamiento evitativo y disminuyendo la probabilidad de que se exponga la próxima vez. No debemos olvidar que aun cuando el paciente inmediatamente después de la evitación se siente mejor, a medio plazo se encontrará desanimado, aumentará su desesperanza, creyendo cada vez más que su problema no tiene solución. Hemos comprobado reiteradamente en nuestro trabajo en la calle que el paciente se anima considerablemente cuando lleva a cabo la exposición; disminuyendo desesperanza y sus sentimientos depresivos, y aumentando sus expectativas de autoeficacia.

Otro tema que debemos tener en cuenta en estas prácticas es que los pacientes no deben beber alcohol antes o durante la interacción social, ya que, como hemos señalado, algunos pacientes sólo han sido capaces en el pasado de relacionarse socialmente bajo los efectos de esta sustancia psicoactiva, que ha actuado como un desinhibidor de sus conductas sociales.

De todos modos, el terapeuta debe ser sensible a dificultades especiales que el paciente pueda presentar puntualmente (proceso de separación, muerte de un ser querido, etc.) y no presionar en exceso si el paciente está severamente afectado, dejando los ensayos para otro momento.

También debemos tener en cuenta que si la otra persona presenta una reacción negativa ante la iniciativa de relación del paciente, éste debe actuar como ha practicado en el entrenamiento en rechazo, donde se ha previsto qué puede hacer en el caso de que el otro reaccione con agresividad o indiferencia.

Es de gran interés que los otros reaccionen de forma inadecuada para que el paciente pueda practicar las habilidades de enfrentamiento a los comportamientos negativos de los demás y aumente sus expectativas de autoeficacia en relación con personas problemáticas. En ocasiones, y como parte final del entrenamiento en rechazo en la calle, precipitamos que los otros respondan de forma inadecuada con la presencia de ayudantes (que el paciente desconoce) a los que hemos pedido que reaccionen decididamente de forma negativa, aunque el comportamiento de nuestro paciente sea el correcto.

Otras veces exponemos al paciente de forma premeditada a relacionarse con personas que sabemos por adelantado que van a presentar una respuesta negativa (camareros de un bar, dependientes de una tienda, etc., a los que conocemos por haber realizado anteriormente otros trabajos con ellos).

Todas las situaciones temidas se ensayan en la calle (obviamente nos referimos a todas aquellas que preocupan al sujeto y que se pueden trabajar en la calle) hasta que el paciente disminuye de forma considerable su grado de ansiedad

(evaluado en unidades SUD). En ocasiones también tomamos el pulso del paciente antes de su interacción y después de ella para ver la evolución de su taquicardia. Todos estos datos son plasmados en gráficas que el propio paciente controla y que son de gran utilidad para que vaya observando sus progresos graduales, promoviendo el autorrefuerzo y animándole a seguir exponiéndose.

Después de este trabajo en la calle, consideramos que el paciente está preparado para exponerse él solo a las situaciones temidas. El control de las respuestas de ansiedad seguirá existiendo durante todo el tiempo, registrando cuál es el grado de ansiedad en la *Escala SUD* (de 0 a 100) y le pediremos al paciente que realice sucesivas exposiciones hasta que su ansiedad sea mínima, él la considere manejable y no perturbadora y no le incapacite para actuar con espontaneidad y sin conductas torpes.

Durante todo el tratamiento se insiste en la importancia de exponerse a situaciones provocadoras de ansiedad y utilizar las habilidades de relajación y cognitivas en la vida real. Se asignan tareas para casa a lo largo del tratamiento para facilitar este proceso y se mantienen asociadas tanto como sea posible a las exposiciones simuladas más ensayo de conducta.

Algunos de los temas comúnmente abordados en estas sesiones son los siguientes:

1. *Establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales.* Los miembros del grupo plantean posibles situaciones para iniciar y mantener conversaciones (en clase, en una fiesta, en la parada del autobús, etc.). Se ensaya cuándo y cómo empezar una conversación, a qué elementos (principalmente no verbales) atender para empezar una conversación. Se utilizan estrategias básicas para mantener una conversación, tales como preguntas con final abierto, libre información, autorrevelación, escucha activa, etcétera.

Se enseña también cómo mantener una relación pidiendo el número de teléfono de la persona, llamando de vez en cuando en momentos adecuados, manteniendo la conversación durante cierto tiempo, etc. (véase Caballo, 1993).

2. *Hablar en público.* Situaciones frecuentemente productoras de ansiedad para los miembros del grupo son el hablar en clase, ante pequeños grupos de personas, etc. Dependiendo del tipo de situación problemática, se hace un acercamiento gradual desde situaciones iniciales más fáciles hasta situaciones más difíciles (p. ej., preguntar en clase, preguntar y comentar, dar una breve charla, etc.). Se ensaya primero en la sesión, con los otros miembros del grupo y el/los terapeuta/s sirviendo de audiencia. Las situaciones se hacen más difíciles en las sesiones de lo que supuestamente serían en la realidad.

3. *Escribir delante de otras personas.* Esta situación, menos frecuente que las anteriores, puede que necesite ensayarse para algunos de los miembros del grupo. Se puede abordar esta situación empezando por pequeños pasos que se vayan acercando al objetivo final.

4. *Expresión de molestia, disgusto, desagrado.* En el ensayo de este tipo de comportamiento, se puede utilizar la estrategia DEEC (Bower y Bower, 1976): Describir, Expresar, Especificar y señalar las Consecuencias (véase Caballo, 1993).

Otras de las situaciones que pueden ser abordadas son las siguientes:

5. Realizar alguna actividad mientras le observan
6. Interacción con personas con autoridad
7. Unirse a conversaciones que ya están teniendo lugar
8. Hacer y aceptar cumplidos
9. Rechazar peticiones
10. Cometer equivocaciones ante los demás
11. Revelar información personal
12. Expresar opiniones
13. Afrontar las críticas

VII.9. Sesión 14

En esta última sesión se repasan las tareas para casa realizadas durante la semana anterior. Se revisan igualmente los progresos realizados por cada miembro del grupo y se planifican las metas a corto y medio plazo para cada sujeto y se establece la próxima sesión de apoyo (aproximadamente a un plazo de un mes). Se planifican igualmente algunas tareas que cada miembro abordará durante este mes teniendo en cuenta lo aprendido en las sesiones.

VIII. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

En estos momentos es necesaria una mayor investigación para determinar cuál es el mejor conjunto de procedimientos para el tratamiento de la fobia social. La exposición y la reestructuración cognitiva parecen ser componentes básicos del tratamiento, pero también la relajación y el entrenamiento en habilidades sociales parecen ser elementos importantes. No obstante, no todos los paquetes de tratamiento están de acuerdo en las mismas estrategias de tratamiento. Así, mientras que algunos programas de intervención fomentan la exposición y el entrenamiento en habilidades sociales como los procedimientos básicos para el tratamiento de la fobia social (p. ej., Turner, Beidel y Cooley, 1994), otros favorecen la reestructuración cognitiva como elemento esencial junto con la exposición (Heimberg *et al.*, 1995; Scholing *et al.*, 1996). Probablemente todos los procedimientos sean útiles si el paciente está lo suficientemente motivado como para realizar las tareas para casa, las exposiciones a situaciones de la vida real, basadas en esos procedimientos.

La fobia social puede ser circunscrita a una o dos situaciones o bien puede ser generalizada. Hay que tener en cuenta el grado de deterioro de la vida del sujeto debido a la fobia social generalizada y el tiempo que lleva el tratamiento de ese problema, especialmente si su inicio fue en la infancia. En este último caso, el paciente puede haber adoptado patrones de pensamientos y comportamientos que limitan las relaciones sociales y manifiestan escasas habilidades so-

ciales. La intervención requerirá la modificación de esos patrones de forma gradual, empleando procedimientos cognitivos y conductuales, y la duración de la intervención será más prolongada.

Los próximos años serán testigo de un afianzamiento del tratamiento cognitivo-conductual para la fobia social (circunscrita y generalizada), aunque es probable que se vaya conociendo más la aportación de cada uno de los procedimientos incluidos en ese tipo de intervención, incluso añadiendo alguna nueva estrategia no empleada hoy día, de forma rutinaria, en el tratamiento del trastorno. Pero, aparentemente, el camino elegido es el correcto y las futuras investigaciones aportarán elementos suficientes para mejorar y aumentar la eficacia de la intervención cognitivo-conductual.

REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*, (3ª ed.). Nueva York: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R)*, (3ª ed. revisada). Nueva York: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, (4ª ed.). Nueva York: APA.
- Amies, P. L., Gelder, M. G. y Shaw, P. M. (1983). Social phobia: a comparative clinical study. *British Journal of Psychiatry*, 142, 174-179.
- Andrews, G., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. y Page, A. (1994). *The treatment of anxiety disorders*. Nueva York: Cambridge University.
- Argyle, M. (1978). *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza.
- Argyle, M. (1975). *Bodily communication*. Londres: Methuen.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H. y Lehman, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 53, 727-735.
- Bas, F. (1991). *Hacia un modelo cognitivo-conductual del cambio*. Tesis doctoral, Microficha, Universidad Autónoma de Madrid.
- Bas, F. (en prensa). Hacia una conceptualización cognitivo-conductual de los paradigmas de aprendizaje cognitivo: el caso de la autoatención.
- Bas, F. y Andrés, V. (1993). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. R. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Bower, S. A. y Bower, G. H. (1976). *Asserting yourself: A practical guide for positive change*. Reading, (Ma): Addison-Wesley.
- Bruch, M. A., Heimberg, R. G., Berger, P. y Collins, T. M. (1988). Social phobia and perceptions of early parental and personal characteristics. Manuscrito sin publicar.

- Buck, R. (1991). Temperament, social skills, and the communication of emotion: A developmental-interactionist view. En D. G. Gilbert y J. J. Connolly (dirs.), *Personality, social skills, and psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Buss, A. H. (1980). *Self-consciousness and social anxiety*. San Francisco: Freeman.
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social anxiety: some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 651-657.
- Butler, G. (1989a). Phobic disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Butler, G. (1989b). Issues in the application of cognitive and behavioral strategies to the treatment of social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 91-106.
- Caballo, V. E. (1987). *Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales: una estrategia multimodal*. Tesis Doctoral, Microficha, Universidad Autónoma de Madrid.
- Caballo, V. E. (1991). El entrenamiento en habilidades sociales. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. (1995). Fobia social. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. y Álvarez-Castro, S. (1995, julio). Some psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory (SPAI) in a Spanish sample. Comunicación presentada en el I World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhague (Dinamarca).
- Caballo, V. E., Aparicio, C. y Catena, A. (1995). Fundamentos conceptuales del modelo conductual en psicopatología y terapia. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. E. y Carrobbles, J. A. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 6, 93-114.
- Cape, R. F. y Alden, L. E. (1986). A comparison of treatment strategies for clients functionally impaired by extreme shyness and social avoidance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 796-801.
- Cook, M. (1979). Gaze and mutual gaze in social encounters. En S. Weitz (dir.), *Nonverbal communication: Reading with commentary* (2ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Cotler, S. B. y Guerra, J. J. (1976). *Assertion training: A humanistic-behavioral guide to self-dignity*. Champaign (IL): Research Press.
- Curran, J. P. (1982). A procedure for the assessment of social skills: The Simulated Social Interaction Test. En J. P. Curran y P. M. Monti (dirs.), *Social skills training: A practical handbook for assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Davidson, J. R. T., Hughes, D. L., George, L. K. y Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychological Medicine*, 23, 709-718.
- Del Greco, L. (1983). The Del Greco Assertive Behavior Inventory. *Journal of Behavioral Assessment*, 5, 49-63.
- DiNardo, P. A., Barlow, D. H., Cerny, J., Vermilyea, B. B., Himadi, W. y Waddell, M. (1985). *Anxiety Disorders Interview Schedule-Revised (ADIS-R)*. Albany (NY): State University of New York at Albany.
- Echeburúa, E. (1993). *Fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.

- Echeburúa, E. (1995). *Tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ellis, A. (1994). *Reason and emotion in psychotherapy: Revised and updated*. Nueva York: Birch Lane.
- Ellis, A. y Harper, R. A. (1975). *A new guide to rational living*. North Hollywood (Ca): Wilshire Books.
- Ellis, A. y Lega, L. (1993). Cómo aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. *Psicología Conductual*, 1, 101-110.
- Falcone, E. (1995). Fobia social. En B. Rangé (dir.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva de trastornos psiquiátricos*. São Paulo: Psy.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Nueva York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.
- Freeman, A. y Oster, C. L. (1997). Terapia cognitiva de la depresión. En V. E. Caballo y R. M. Turner (dirs.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Gambrill, E. D. y Richey, C. A. (1985). *Taking charge of your social life*. Belmont (Ca): Wadsworth.
- Glass, C. R. y Arnkoff, D. B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, 9, 75-90.
- Hazen, A. L. y Stein, M. B. (1995a). Social phobia: Prevalence and clinical characteristics. *Psychiatric Annals*, 25, 544-549.
- Hazen, A. L. y Stein, M. B. (1995b). Clinical phenomenology and comorbidity. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Heimberg, R. G. (1995, julio). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. Workshop impartido en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhague, Dinamarca.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S. y Becker, R. E. (1987). Social phobia. En L. Michelson y L. M. Ascher (dirs.), *Anxiety and stress disorders*. Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Cognitive-behavioral treatments: Literature review. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A. y Mattia, J. I. (1995). Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia. Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S. y Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357-368.
- Hope, D. A. (1993). Exposure and social phobia: assessment and treatment considerations. *The Behavior Therapist*, 16, 7-12.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G. y Bruch, M. A. (1995). Dismantling Cognitive-Behavioral Group Therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637-650.
- Jansen, M. A., Arntz, A., Merckelbach, H. y Mersch, P. P. A. (1994). Personality disorders and features in social phobia and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 391-395.
- Judd, L. L. (1994). Social phobia. A clinical overview. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6, suppl.), 5-9.
- Kagan, J., Snidman, N. y Arcus, D. (1993). On the temperamental categories of inhibi-

- ted and uninhibited children. En K. H. Rubin y J. B. Asendorpf (dirs.), *Social withdrawal, inhibition, and shyness in childhood*. Hillsdale (NJ): Erlbaum.
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- Kelley, C. (1979). *Assertion training: A facilitator's guide*. San Diego (Ca): University Associates.
- Kendler, K. S., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. y Eaves, L. J. (1992). The genetic epidemiology of phobias in women: The interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. *Archives of General Psychiatry*, 49, 273-281.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H. U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lange, A. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior*. Champaign (IL): Research Press.
- Lega, L. (1991). La terapia racional emotiva: Una conversación con Albert Ellis. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Lega, L., Caballo, V. E. y Ellis, A. (1997). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Gorman, J. M., Fyer, A. J. y Klein, D. F. (1985). Social phobia: review of a neglected anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 42, 729-736.
- McNeil, D. W., Ries, B. J. y Turk, C. L. (1995). Behavioral assessment: Self-report, physiology, and overt behavior. En R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope y F. R. Schneier (dirs.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Marks, I. M. (1969). *Fears and phobias*. Nueva York: Academic Press.
- Marks, I. M. (1985). Behavioral treatment of social phobia. *Psychopharmacology Bulletin*, 21, 615-618.
- Mattick, R. P. y Clarke, J. C. (1988). *Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety*. Manuscrito sin publicar, University of South Wales, Sydney.
- Mattick, R. P., Page, A. y Lampe, L. (1995). Cognitive and behavioral aspects. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Maultsby, M. C. (1984). *Rational behavior therapy*. Englewoods Cliffs (NJ): Prentice-Hall.
- Maultsby, M. C. y Ellis, A. (1974). *Technique for using rational-emotive imagery*. Nueva York: Institute for Rational-Emotive Therapy.
- Mersch, P. P. A., Breukers, P. y Emmelkamp, P. M. G. (1992). The Simulated Social Interaction Test: a psychometric evaluation with dutch social phobic patients. *Behavioral Assessment*, 14, 133-151.
- Montgomery, S. A. (1995) (dir.). *Social phobia: A clinical review*. Basilea: Hoffman-La Roche.
- Montgomery, S. A. (1996) (dir.). *Prontuario de fobia social*. Londres: Science Press.
- Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., Holzer, C. E., Leaf, P. J., Orvaschel, H., Anthony, J. C., Boyd, J. H., Burke, J. D., Kramer, M. y Stoltzman, R. (1984). Six-

- month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Ost, L. G. y Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 439-447.
- Perry, M. G. y Richards, C. S. (1979). Assessment of heterosocial skills in male college students: Empirical development of a behavioral roleplaying test. *Behavior Modification*, 3, 337-354.
- Rehm, L. P. y Marston, A. R. (1968). Reduction of social anxiety through modification of self-reinforcement: An instigation therapy technique. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 565-574.
- Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Pollock, R. A. y Hirshfeld, D. R. (1994). The etiology of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(6, suppl.), 10-16.
- Salaberria, K., Borda, M., Báez, C. y Echeburúa, E. (1996). Tratamiento de la fobia social: un análisis bibliométrico. *Psicología Conductual*, 4, 111-121.
- Sanderson, W. C., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1987, noviembre). *The DSM-III-R revised anxiety disorders categories: Descriptors and patterns of comorbidity*. Comunicación presentada en el congreso anual de la Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston.
- Schlenker, B. R. y Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: a conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R. y Weissman, M. M. (1992). Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Schneier, F. R., Marshall, R. D., Street, L., Heimberg, R. G. y Juster, H. R. (1995). Social phobia and specific phobias. En G. O. Gabbard (dir.), *Treatment of psychiatric disorders, vol. 2*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Schneier, F. R., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Fyer, A. J., y Liebowitz, M. R. (1991). The relationship of social phobia subtypes and avoidant personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 496-502.
- Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V. B. van Hasselt y M. Hersen (dirs.), *Sourcebook of psychological treatment of adult disorders*. Nueva York: Plenum.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A. y Howard, L. J. (1992). Comparison of bulimics, obese binge eaters, social phobics, and individual with panic disorder on comorbidity across DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 675-681.
- Shaw, P. M. (1976). The nature of social phobia. Comunicación presentada en el congreso anual de la British Psychological Society, York.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M. y First, M. B. (1992). Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49, 624-629.
- Stein, M. B. (1995). Introduction. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Stein, M. B., Walker, J. R. y Forde, D. R. (1994). Setting diagnostic thresholds for social phobia: Considerations from a community survey of social anxiety. *American Journal of Psychiatry*, 151, 408-412.
- Taylor, C. B. y Arnou, B. (1988). *The nature and treatment of anxiety disorders*. Nueva York: Free Press.

- Trower, P., Bryant, B. y Argyle, M., (1978). *Social skills and mental health*. Londres: Methuen.
- Trower, P. y Turland, D. (1984). Social phobia. En S. M. Turner (dir.), *Behavioral theories and treatment of anxiety*. Nueva York: Plenum.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley, M. R. (1994). *Social Effectiveness Therapy*. Charleston (SC): Turndel.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley-Quille, M. R. (1995). Two-year follow-up of social phobics treated with Social Effectiveness Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 553-555.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 389-394.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Jacob, R. G. (1994b). Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 350-358.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Long, P. J., Turner, M. W. y Townsley, R. M. (1993). A composite measure to determine the functional status of treated social phobics: the Social Phobia Endstate Functioning Index. *Behavior Therapy*, 24, 265-275.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992a). Behavioral treatment of social phobia. En S. M. Turner, K. S. Calhoun y H. E. Adams (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy* (2ª ed.). Nueva York: Wiley.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Townsley, R. M. (1992b). Social Phobia: A comparison of specific and generalized subtypes and Avoidant Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 326-331.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Wolff, P. L. (1994a). A composite measure to determine improvement following treatment for social phobia: the Index of Social Phobia Improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 471-476.
- Uhde, T. W. (1995). Foreword. En M. B. Stein (dir.), *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Walen, S. R. (1985). Social anxiety. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York: Plenum.
- Walen, S. R., DiGiuseppe, R. y Dryden, W. (1992). *A practitioner's guide to rational emotive therapy*. Nueva York: Oxford University.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448-457.
- Weiller, E., Bisslerbe, J. C., Boyer, P., Lepine, J. P. y Lecrubier, Y. (1996). Social phobia in general health care. An unrecognized undertreated disabling disorder. *British Journal of Psychiatry*, 168, 169-174.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Lee, C. K., Newman, S. C., Rubio-Stipec, M. y Wickramaratne, P. J. (1996). The cross-national epidemiology of social phobia: a preliminary report. *International Clinical Psychopharmacology*, 11 (3, suppl.), 9-14.
- Wessler, R. L. (1983). Rational-emotive therapy in groups. En A. Freeman (dir.), *Cognitive therapy with couples and groups*. Nueva York: Plenum.
- Wilkinson, J. y Canter, S. (1982). *Social skills training manual: Assessment, programme design and management of training*. Chichester: Wiley.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Caballo, V. E. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. (1995). *Tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A. y Schneier, F. R. (dirs.) (1995). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G. y Van Oppen, P. (1996). Cognitive-behavioral treatment of social phobia. En V. B. van Hasselt y M. Hersen (dirs.), *Sourcebook of psychological treatment of adult disorders*. Nueva York: Plenum.
- Stein, M. B. (dir.) (1995). *Social phobia: Clinical and research perspectives*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Turner, S. M., Beidel, D. C. y Cooley, M. R. (1994). *Social Effectiveness Therapy*. Charleston (SC): Turndel.

3. TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DE LA AGORAFOBIA

ENRIQUE ECHEBURÚA y PAZ DE CORRAL

I. INTRODUCCIÓN

La agorafobia está constituida por un conjunto de *temores a los lugares públicos* —especialmente cuando el paciente está solo—, como salir a la calle, utilizar transportes públicos y acudir a lugares concurridos (supermercados, cines, iglesias, campos de fútbol, etc.), que producen una interferencia grave en la vida cotidiana. A este miedo nuclear pueden sumarse algunos otros *temores externos*, como montarse en ascensores, atravesar túneles, cruzar puentes, etc., así como *temores internos*, como la preocupación excesiva por las sensaciones somáticas (palpitaciones, vértigos, mareos, etc.) o el miedo intenso a los ataques de pánico, e incluso *temores a la interacción social* (Echeburúa y Corral, 1995). No obstante, el síntoma patognomónico de la agorafobia —y predictor de la aparición del conjunto de síntomas descritos— es el temor a los lugares públicos, que, por el contrario, no aparece en las fobias específicas. Los criterios diagnósticos de este trastorno de conducta según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) figuran en el cuadro 3.1.

El primer ataque de pánico puede surgir de forma inesperada en cualquier situación agorafóbica (autobús, tienda, iglesia, etc.) cuando el sujeto se halla en un contexto de activación y estrés inespecífico (disgusto, enfermedad, preocupación insistente, etc.). Una vez ocurrida esta crisis, se tiende a evitar esta situación y, posteriormente, se generaliza esta evitación a otras situaciones. Precisamente la evitación de los lugares públicos para reducir el miedo o el pánico se convierte en la causa nuclear de la incapacidad de los pacientes, que, en los casos más graves, terminan por quedar reclusos en los límites del hogar. No son por ello infrecuentes como síntomas psicopatológicos asociados la depresión, la ansiedad generalizada y los temores hipocondríacos, así como las rumiaciones obsesivas.

El curso de la agorafobia es fluctuante, con agravamientos y remisiones parciales, pero, sin embargo, es muy poco frecuente la remisión espontánea. La fluctuación de este cuadro clínico puede depender de factores psicológicos (el estado de ánimo, los sucesos estresantes, etc.), de aspectos físicos (fatiga, enfermedades, etc.) e incluso de variables ambientales (el calor y el exceso de luz agravan los síntomas) (Bados, 1993, 1995).

La agorafobia constituye el principal campo de investigación actual de la terapia de conducta en el área de los trastornos por ansiedad. El carácter crónico del trastorno y la incapacidad que produce en los pacientes contribuyen a ello.

CUADRO 3.1. *Criterios diagnósticos de la agorafobia sin historia de trastorno por pánico según el DSM-IV*

- A. La presencia de agorafobia —es decir, la ansiedad al hallarse en lugares o situaciones de los que resulta difícil o embarazoso escapar o en los que puede no haber ayuda disponible en el caso de síntomas repentinos de pánico que el sujeto teme— puede ser incapacitante o muy perturbadora. Es el caso, por ejemplo, del miedo a salir a la calle por temor a sufrir un vértigo súbito o un repentino ataque de diarrea. Los temores agorafóbicos implican habitualmente conjuntos característicos de situaciones, como salir solo de casa, estar en un lugar concurrido o hacer cola, cruzar un puente, y viajar en autobús, tren o coche.
- B. Se evitan las situaciones agorafóbicas (como viajar por ejemplo) —o, en todo caso, se soportan con un gran malestar o con ansiedad anticipatoria de experimentar síntomas de pánico—, o se afrontan solamente en presencia de compañía.
- C. El sujeto no ha cumplido nunca los criterios diagnósticos del trastorno por pánico.
- D. Si existe alguna enfermedad médica general asociada, el temor descrito en el criterio A es claramente desproporcionado a lo que suele ser habitual en esas circunstancias.
- E. La ansiedad o la evitación fóbica no es consecuencia de otro trastorno de conducta, como la *fobia específica* (por ejemplo, la evitación limitada a una situación concreta, como los ascensores), el *trastorno por ansiedad de separación* (por ejemplo, la evitación de la escuela), el *trastorno obsesivo-compulsivo* (por ejemplo, el temor a la contaminación), el *trastorno por estrés postraumático* (por ejemplo, la evitación de estímulos asociados con un estímulo estresante intenso) o la *fobia social* (por ejemplo, la evitación limitada a situaciones sociales a causa del temor al apuro intenso en esas circunstancias).
- F. La agorafobia no es consecuencia directa de los efectos de una sustancia psicoactiva, ni de una enfermedad médica.

Fuente: APA, 1994.

De hecho, la agorafobia presenta una tasa de prevalencia del 1,2-3,8% de la población general (Weissman, 1985), que, si bien es inferior a la de las fobias específicas o a la del trastorno por ansiedad generalizada, supone, sin embargo, un problema clínico mucho mayor por el grado de interferencia que produce en la vida cotidiana. Por ello, este trastorno de conducta representa entre el 50 y el 80% de la población fóbica que solicita ayuda terapéutica.

II. EVALUACIÓN

Los autoinformes carecen de la necesaria especificidad situacional y de respuesta, pero son, sin duda, los instrumentos de evaluación más utilizados en la práctica clínica para determinar la intensidad de los síntomas, por un lado, y para cuantificar los cambios habidos tras una intervención terapéutica, por otro.

En los párrafos siguientes se presenta una descripción resumida de los principales instrumentos de evaluación de la agorafobia actualmente disponibles

(cuadro 3.2). Una descripción más detallada de los mismos, con las propiedades psicométricas correspondientes, figura en Echeburúa (1996).

CUADRO 3.2. *Inventarios y cuestionarios principales en el tratamiento de la agorafobia (Echeburúa, 1996)*

Instrumento	Núm. de ítems	Autores	Año
FQ*	5	Marks y Mathews	1979
MI	29	Chambless <i>et al.</i>	1985
BSQ	17	Chambless <i>et al.</i>	1984
ACQ	15	Chambless <i>et al.</i>	1984
SPAI*	13	Turner <i>et al.</i>	1989
IA	69	Echeburúa y De Corral	1992

* El número de ítems de estos instrumentos que figura en la columna correspondiente se refiere sólo a la subescala de agorafobia.

Fuente: E. Echeburúa, 1996.

El *Cuestionario de miedos (FQ)* (Marks y Mathews, 1979) consta de una subescala de agorafobia, que tiene sólo cinco ítems y que se limita a evaluar las conductas motoras. Una limitación adicional de esta subescala es que el contenido de los ítems no permite especificar si la evitación de las situaciones se da cuando el paciente está solo o acompañado. Recuérdese que la compañía es un factor crítico en la movilidad de los agorafóbicos.

El *Inventario de movilidad (MI)* (Chambless *et al.*, 1985), que se compone de 29 ítems, tiene por objetivo evaluar la gravedad de la evitación conductual y el grado de malestar en los agorafóbicos y consta de tres medidas: evitación a solas, evitación en compañía y frecuencia de ataques de pánico. A diferencia del FQ, este inventario cubre un abanico más amplio de situaciones y distingue la medida de evitación cuando el sujeto está solo o acompañado.

El *Cuestionario de sensaciones psicofisiológicas (BSQ)* y el *Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (ACQ)* (Chambless *et al.*, 1984) —el primero con 17 ítems y el segundo con 15— sirven para evaluar las alteraciones cognitivas (el denominado *miedo al miedo* especialmente) (cuadro 3.3) y psicofisiológicas y son, desde esta perspectiva, complementarios del inventario anteriormente citado. Los pacientes tienen que señalar qué grado de temor experimentan ante los signos de activación autónoma (como la taquicardia o la sudoración, por ejemplo) y con qué frecuencia tienen pensamientos negativos cuando están ansiosos, del tipo de «me voy a morir», «voy a volverme loco», etcétera.

El *Inventario de ansiedad y fobia social (SPAI)* (Turner *et al.*, 1989) cuenta con una subescala de agorafobia de 13 ítems, que tiene por objetivo determinar si el malestar social experimentado por el paciente deriva del temor a la evaluación negativa (*fobia social*) o del miedo a un ataque de pánico (*agorafobia*). Este instrumento es interesante, por tanto, desde la perspectiva del diagnóstico diferencial. El contenido de los ítems del SPAI tiende a ser más concreto de lo habitual en otros inventarios similares.

CUADRO 3.3. Tipos de alteraciones cognitivas más frecuentes en la agorafobia

1	Anticipación de consecuencias negativas «Si salgo a la calle, me voy a desmayar»
2	Evaluación negativa de los propios recursos «No voy a ser capaz de aguantar una hora en la peluquería y voy a montar un espectáculo delante de los demás»
3	Autoobservación constante y valoración inadecuada de los síntomas somáticos «Con esta opresión en el pecho me va a dar un ataque al corazón» «Estos mareos y este temblor son señal de que estoy volviéndome loco/a»
4	Rumiaciones de escape/evitación «Necesito salir corriendo de esta tienda; si no, me va a pasar algo»

Fuente: Chambless y Goldstein, 1983, modificado.

El *Inventario de agorafobia (IA)* (Echeburúa *et al.*, 1992) —el único elaborado y validado en nuestro medio— consta de 69 ítems y mide, en la primera parte, diferentes tipos de respuestas (motoras, psicofisiológicas y cognitivas) del paciente en las modalidades de *solo* y *acompañado* ante las situaciones estímulares más habituales. En la segunda parte, se mide la variabilidad de las respuestas en función de los factores que contribuyen a aumentar y reducir la ansiedad y se posibilita, en último término, una evaluación individualizada de cada paciente. Esta posibilidad de llevar a cabo un análisis funcional de la conducta y de prestar, por tanto, atención a la especificidad situacional y de respuesta no aparece en ninguno de los cuestionarios anteriores.

El punto de corte propuesto para discriminar la población sana de la población aquejada de agorafobia es de 176 en la escala global y de 96, 61 y 30 en las subescalas de Respuestas motoras, Psicofisiológicas y Cognitivas, respectivamente. El *IA* se ha mostrado sensible para detectar el cambio terapéutico con la terapia de exposición (Echeburúa *et al.*, 1991, 1993).

En resumen, las entrevistas estructuradas y las medidas subjetivas (autoinformes y autorregistros), sobre todo cuando toman el formato de escalas de tipo Likert, permiten explorar un abanico muy amplio de conductas —inaccesibles muchas de ellas a la observación directa— en un tiempo relativamente breve. Uno de los retos de la investigación de los próximos años es diseñar protocolos de evaluación cortos y específicos, que consten de instrumentos con buenas propiedades psicométricas, que no se solapen entre sí, que estén validados con muestras españolas y que se muestren sensibles a la detección temprana de la agorafobia, así como a los cambios terapéuticos.

III. TERAPIA DE EXPOSICIÓN

La exposición regular en vivo a los estímulos temidos es el tratamiento psicológico más eficaz actualmente disponible para hacer frente a las conductas de evitación en los trastornos fóbicos. La evaluación cuidadosa de los *objetivos* y de las *tareas* es un proceso fundamental en la aplicación terapéutica de esta técnica. Los *objetivos* son algo que el paciente teme o evita y que le crean dificultades en su vida cotidiana. Las *tareas* son los pasos concretos para conseguir cada uno de esos objetivos.

III.1. Autoexposición

En esta técnica el terapeuta enseña a los pacientes que la evitación mantiene la agorafobia, que es la fuente principal del trastorno y que puede superarse con la ayuda de una exposición regular a las situaciones temidas. El terapeuta explica al paciente la forma de llevar a cabo la exposición, le marca conductas-objetivo y le ayuda a poner tareas gradualmente establecidas y a evaluar su propio progreso. La planificación de las sesiones tiene una periodicidad semanal inicialmente, espaciándose a medida que avanza la terapia.

III.1.1. Descripción de la técnica

Los métodos actuales de tratamiento tienden a reducir el número de sesiones terapéuticas y a enseñar al paciente modos de autoexposición en vivo, que disminuyen el tiempo de terapia, reducen la dependencia del terapeuta y facilitan el mantenimiento de los logros terapéuticos. La autoexposición es más eficaz cuando se cuenta con un manual de autoayuda (por ejemplo, Marks, 1978, capítulo 12; Mathews, Gelder y Johnston, 1981¹), con la colaboración de algún familiar como coterapeuta en las primeras sesiones y con el registro en un diario estructurado —supervisado por el terapeuta— de las tareas de exposición (Marks, 1987) (véase el apéndice 1, en este capítulo). En todo caso, la presencia del coterapeuta no es estrictamente necesaria (Emmelkamp *et al.*, 1992), pero parece reducir el porcentaje de abandonos del tratamiento (Bados, 1993).

Se alienta a los pacientes a permanecer diariamente en la situación fóbica hasta que el ataque o el malestar desaparezcan o, cuando menos, se reduzcan considerablemente, lo que suele ocurrir habitualmente en un período de 30-45 minutos. De este modo, los pacientes aprenden a no huir para encontrarse mejor, ya que el malestar puede desvanecerse si se permanece durante el período suficiente en el lugar donde se ha desencadenado.

¹ El apéndice del texto original (es decir, el manual de autoayuda) está traducido al castellano con el título de *Práctica programada para la agorafobia. Manual del paciente*, por el Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco (Vitoria, 1986). Figura asimismo traducido el manual de autoayuda para el familiar con la misma referencia bibliográfica.

Los pacientes deben continuar con cada tarea al menos hasta que se haya producido una disminución del 25% de la ansiedad (que es una medida de la habituación). Las estrategias de afrontamiento adecuadas para superar el malestar —incluso el pánico— de la exposición son muy variables de unas personas a otras: respiraciones lentas y profundas, relajación, autoinstrucciones positivas, etc. Se revisan los diarios de las tareas de exposición al comienzo de cada sesión y se establecen, a continuación, nuevas tareas de exposición. Una guía de ayuda a la exposición entregada a los pacientes figura en el cuadro 3.4.

CUADRO 3.4. Guía de ayuda a la exposición

Las reglas de oro de la exposición son:

- Cuanto mayor es el miedo a algo, más frecuentemente debe uno exponerse a ello.
- La clave del éxito es la exposición regular y prolongada a tareas planeadas con anterioridad y con un grado de dificultad creciente.

Para planificar el tipo de exposición adecuado a cada caso pueden ser de utilidad los siguientes pasos:

- Hacer una lista con las situaciones que evita o que le producen ansiedad. Los objetivos deben ser claros y precisos. Por ejemplo: «conocer gente nueva» no es un buen objetivo, en cambio, «invitar a los nuevos vecinos el viernes por la noche» sí lo es.
- Ordenarlas según el grado de dificultad que te supone enfrentarse a ellas.
- Repetir la práctica de esta situación todas las veces necesarias hasta que pueda manejarla sin dificultad.
- Pasar a la siguiente situación de la lista.
- No subestimar los logros. Infravalorar los éxitos hace que uno se sienta mal y es un obstáculo para seguir intentándolo. Muchas veces sumando pequeños éxitos es como se obtienen los grandes.

La exposición se puede potenciar de las siguientes maneras:

- Planificar las actividades de exposición sin prisas especiales y sin otros contratiempos añadidos (hambre, falta de sueño, enfermedad, tensión premenstrual, etc.).
- Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas antes y durante los ejercicios de exposición. Se inspira hondo, se retiene la respiración (contando hasta tres) y se expira, de modo que se producen 8-12 respiraciones completas por minuto. De este modo, se puede sustituir una respiración rápida y entrecortada por otra más lenta y relajada.
- Abandonar la tarea de exposición (o distraerse de la misma) por unos breves momentos, si uno se encuentra muy mal, y volver de inmediato a ella en cuanto uno se encuentre un poco mejor.

La graduación de las tareas de exposición se puede realizar según las siguientes variables:

- Dificultad de la tarea
- Compañía del coterapeuta o no
- Duración de la tarea
- Número de personas presentes
- Importancia jerárquica o emocional del interlocutor

Relájate y disfruta de las tareas bien hechas

La eficacia de la terapia está en función de la exposición repetida y prolongada a la mayor parte posible de los componentes de la configuración estimular ansiógena, así como de la implicación atencional en las tareas de exposición (Echeburúa y Corral, 1991, 1993; Marks, 1992).

Si no hay complicaciones, la evaluación inicial puede durar una hora y las sesiones posteriores (de 6 a 10) media hora. La media de contacto clínico terapeuta-paciente es aproximadamente de siete horas en total.

Los principales parámetros significativos en la terapia de exposición están expuestos en el cuadro 3.5. El programa concreto de autoexposición elaborado por los autores (Echeburúa *et al.*, 1993) figura en el apéndice 2. A su vez, una descripción detallada de la aplicación de un programa de autoexposición a un caso clínico de agorafobia puede verse en Borda y Echeburúa (1991).

CUADRO 3.5. Cuadro-resumen sobre las técnicas de exposición

Variables	Alternativas		Eficacia máxima
Modalidad	Imaginación	En vivo	En vivo
Agente de la exposición	Autoexposición	Con presencia del terapeuta	Autoexposición
Intensidad	Gradual	Brusca	Tan brusca como pueda tolerar al paciente
Intervalo entre tareas	Corto	Largo	Corto (diario)
Duración de las tareas	Corta	Larga	Tan larga como para facilitar la habituación (30-120 minutos por término medio)
Activación en la tarea	Grado alto de ansiedad	Grado bajo de ansiedad	No importante
Implicación atencional	Atención a la tarea	Distracción cognitiva	Atención a la tarea
Ayudas	Manual de autoayuda	Ayuda de un coterapeuta	Ambas
Estrategias de afrontamiento	Autoinstrucciones	Respiraciones lentas y profundas	Variables de unos pacientes a otros
Psicofármacos	Antidepresivos	Ansiolíticos	Ninguno (antidepresivos sólo en el caso de un estado de ánimo disfórico)

III.1.2. Alcance terapéutico de la técnica de exposición

La terapia de exposición actúa específicamente sobre las conductas de evitación y, de rebote, sobre la activación autónoma, el pánico y las limitaciones laborales y sociales. La mejoría obtenida es perceptible a partir de las primeras sesiones de tratamiento, pero la realización del programa completo puede requerir varios meses, sobre todo para resolver las limitaciones laborales y sociales. Ello es así porque la capacidad de generalización de la exposición a las conductas no tratadas es escasa.

La exposición actúa principalmente sobre la evitación, pero también sobre el pánico. Además de tener miedo a los lugares públicos, la mayoría de los casos etiquetados como *trastorno por pánico* (Echeburúa y Corral, 1995), el tratamiento de exposición puede reducir el pánico tanto inesperado como situacional (Klosko *et al.*, 1988; Michelson, 1988).

La exposición tiene también un efecto terapéutico sobre las distorsiones cognitivas. En realidad, la reducción del miedo durante la exposición actúa en un frente muy amplio y se extiende a una mejoría en muchas dimensiones: evitación, pánico, pensamientos catastrofistas y cambios fisiológicos, como la taquicardia o la sudoración. No obstante, algunas dimensiones pueden mejorar más rápidamente que otras. Así por ejemplo, la evitación y la taquicardia pueden disminuir antes que las distorsiones cognitivas (Clark, 1989; Echeburúa y Corral, 1993).

III.1.3. Eficacia de la autoexposición

Las tasas de éxito obtenidas con técnicas de exposición en el tratamiento de la agorafobia oscilan entre el 65 y el 75% de los casos tratados (Echeburúa y Corral, 1993; Öst, 1989; Öst, Westling y Hellstrom, 1993), pero estas cifras pueden en algunos casos reducirse al 50% si se tienen en cuenta los abandonos del tratamiento y los seguimientos a largo plazo (Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1988).

La secuencia habitual es que la mejoría tienda a aumentar ligeramente en los primeros meses del seguimiento y a permanecer estable posteriormente (Echeburúa *et al.*, 1993). La mejoría obtenida con la terapia de exposición se mantiene, al menos, por un período de 1 a 8 años (cuadro 3.6), mientras que los pacientes no tratados no experimentan cambios terapéuticos en 5 años (Agras, Chapin y Oliveau, 1972). Estas afirmaciones se pueden realizar con cierta consistencia porque la pérdida de pacientes en el seguimiento, tras controles de 1 y 2 años, no suele superar el 10% (Cohen, Monteiro y Marks, 1984).

El éxito de la autoexposición —llevada a cabo además en el medio natural del sujeto, no en el hospital o en el ambulatorio— radica en el protagonismo del paciente y en la atribución del éxito a sus propios esfuerzos.

Los fracasos terapéuticos se relacionan fundamentalmente con el incumplimiento de las prescripciones terapéuticas (Emmelkamp y Van den Hout, 1983).

CUADRO 3.6. Resultados de la terapia de exposición en el tratamiento de la agorafobia

País	Autores	Años de seguimiento	N	Resultados
Alemania	Hand (1986)	6	75	Mejoría estable
España	Echeburúa <i>et al.</i> (1991)	1	31	Mejoría estable
Gran Bretaña	Marks (1971)	4	65	Mejoría estable
Gran Bretaña	Munby y Johnston (1980)	7	65	Mejoría estable
Gran Bretaña	McPherson <i>et al.</i> (1980)	4	56	Mejoría estable
Gran Bretaña	Burns <i>et al.</i> (1986)	8	18	Mejoría estable
Gran Bretaña	Lelliott <i>et al.</i> (1987)	5	40	Mejoría estable
Holanda	Emmelkamp y Kuipers (1979)	4	70	Mejoría estable

En otros casos la falta de éxito está asociada con la dificultad del paciente en habituarse a los estímulos temidos, lo que se relaciona, a su vez, con el consumo de alcohol o de ansiolíticos o con problemas específicos de adaptación a dichos estímulos. Y por último, el fracaso terapéutico de la exposición puede relacionarse con un nivel alto de depresión.

III.2. Autoexposición con ayuda de psicofármacos

Las limitaciones presentadas por el tratamiento de exposición, así como las alteraciones psicológicas presentes en la agorafobia (el estado de ánimo disfórico y el pánico especialmente), han llevado a estudiar la posible potenciación de esta técnica con los psicofármacos.

Los antidepresivos tricíclicos, especialmente la imipramina (nombre comercial: Tofranil), y las benzodiazepinas, sobre todo el alprazolam (nombre comercial: Trankimazín), son los fármacos que más se han investigado en el tratamiento de la agorafobia. El interés de un tratamiento combinado deriva de la posible acción sinérgica de una terapia orientada específicamente a los objetivos conductuales —la terapia de exposición— y de otra —los psicofármacos— orientada a las alteraciones del ánimo (disforia, pánico o ambos) (Cox *et al.*, 1992; Mavissakalian y Michelson, 1983; Telch, 1988).

III.2.1. Autoexposición y antidepresivos

Los efectos secundarios de los antidepresivos (sequedad de boca, estreñimiento, dificultad en la acomodación visual, retención de orina, sudoración, etc.) comienzan de forma inmediata, pero los efectos terapéuticos se manifiestan sólo tras 2-3 semanas de administración regular y adquieren la máxima potencialidad terapéutica hacia las 12 semanas.

Las vías y formas de interacción entre los antidepresivos y la exposición están aún por dilucidar. Aunque los resultados distan de estar claros, los fármacos

antidepresivos actúan *globalmente* sobre el pánico, la depresión y la ansiedad; las técnicas de exposición, sin embargo, actúan *antes y más específicamente* sobre las conductas de evitación fóbica, con un papel menos significativo sobre el estado de ánimo del sujeto (Marks y O'Sullivan, 1992) (cuadro 3.7).

CUADRO 3.7. Estudios recientes con imipramina en el tratamiento de la agorafobia

Autores	Sin exposición	Instrucciones de autoexposición	Exposición guiada por el terapeuta
Sheehan <i>et al.</i> (1980)		+	
Zitrin <i>et al.</i> (1980)			+
Zitrin <i>et al.</i> (1983)		+	
Marks <i>et al.</i> (1983)		-	-
Mavissakalian <i>et al.</i> (1983)	¿+		
Ballenger <i>et al.</i> (1984)		+	
Garakant <i>et al.</i> (1985)	¿+		
Telch <i>et al.</i> (1985)	¿-		+
Munjack <i>et al.</i> (1985)	¿+		
Mavissakalian y Michelson (1986)		+	+
Cox <i>et al.</i> (1988)		+	

+: Con efecto terapéutico de la imipramina; -. Sin efecto de la imipramina; ¿: Sin grupo de control placebo.

La prescripción de antidepresivos (imipramina) en dosis terapéuticas (rango: 75-300 mg/día) en el tratamiento de la agorafobia es compatible con la práctica de la exposición y tiende a potenciarla (Mavissakalian, Michelson y Dealy, 1983; Telch *et al.*, 1985), si bien hay algunos estudios (Marks *et al.*, 1983) en que la imipramina sólo potencia la autoexposición en el caso de pacientes deprimidos. De hecho, la imipramina deja de tener un efecto antifóbico (pero sin perder su acción antidepresiva) si se dan a los pacientes instrucciones contrarias a la exposición (Telch *et al.*, 1985).

Los efectos secundarios de los antidepresivos llevan a un mayor abandono del tratamiento (en torno al 30%-35%) en relación con la terapia de exposición (10%-15%). Hay asimismo una mayor tasa de recaídas, tras la suspensión del fármaco, en el tratamiento con imipramina (el 33%) (Mavissakalian, 1982) y en el tratamiento combinado (exposición más imipramina) (en torno al 25-30%) que en el tratamiento con sólo exposición, quizá por la atribución de efectos terapéuticos al fármaco.

III.2.2. Autoexposición y ansiolíticos

La inmediatez del efecto terapéutico y la ausencia relativa de efectos secundarios de los ansiolíticos han llevado al desarrollo del alprazolam (rango: 3-6 mg/día)

como una benzodicepina que tiene unas propiedades específicas antipánico en el tratamiento de la agorafobia.

En un estudio en varios centros sobre el trastorno por pánico con 526 pacientes —la mayoría de ellos agorafóbicos—, el alprazolam se ha mostrado superior al placebo en varios indicadores (ataques de pánico, conductas de evitación, miedos fóbicos y ansiedad), pero esta superioridad se nivela e incluso desciende en relación con el placebo al interrumpir la medicación (Ballenger, Burrows y Dupont, 1988).

En el estudio de Echeburúa *et al.* (1991, 1993) con 31 agorafóbicos, el alprazolam presenta una acción terapéutica muy débil, que se diluye fácilmente con el transcurso del tiempo y que es netamente inferior a la autoexposición. Los resultados de otros estudios en que se ha utilizado el alprazolam figuran recogidos en el cuadro 3.8.

CUADRO 3.8. Estudios recientes con alprazolam en el tratamiento de la agorafobia/trastorno por pánico

Autores	N	Comparación entre	Resultados
Ballenger <i>et al.</i> (1988)	526	1. Alprazolam 2. Placebo	1 > 2 postratamiento 1 = 2 seguimiento
Echeburúa <i>et al.</i> (1991)	31	1. Autoexposición 2. Alprazolam 3. Autoexposición + Placebo 4. Autoexposición + Alprazolam	1,3 y 4 > 2 postratamiento 1 y 3 > 2 y 4 seguimiento
Klosko <i>et al.</i> (1988)	60	1. Alprazolam 2. Placebo 3. TCC* 4. Grupo de control	1 > 4 1 = 3 3 > 2 y 4
Rizley <i>et al.</i> (1986)	44	1. Imipramina 2. Alprazolam	1 = 2 Acción de 2 más rápida que la de 1

TCC = Terapia cognitivo-conductual.

La acción del alprazolam se diferencia de la de los antidepresivos en dos aspectos: a) produce una mejoría a corto plazo en ansiedad y pánico, en la primera fase, y en depresión y evitación, en la segunda; y b) tiende a surgir una recaída casi inmediata al suspender la medicación (Marks y O'Sullivan, 1992).

Los ansiolíticos y la exposición interactúan de forma negativa. Los agorafóbicos se exponen más fácilmente a las situaciones temidas bajo la influencia de tranquilizantes, pero lo que se aprende bajo los efectos de un ansiolítico no persiste cuando dichos efectos se han disipado (Marks y O'Sullivan, 1992). Este

tipo de fármacos pueden interferir en los procesos de memoria a largo plazo y, en último término, dificultar el proceso de habituación entre sesiones.

III.2.3 Autoexposición y placebo

En un estudio reciente (Echeburúa *et al.*, 1991, 1993) se ha demostrado la interacción positiva a largo plazo existente entre la autoexposición y el placebo. Tras los controles de seguimiento de 1, 3, 6 y 12 meses, el grupo de autoexposición + placebo tendía a mejorar claramente con el paso del tiempo, mientras que el grupo de exposición tendía a mantener los resultados terapéuticos.

Si bien el placebo puede tener efectos positivos por sí solo en el tratamiento de la agorafobia (Klosko *et al.*, 1988; Mavissakalian, 1987), la interacción positiva entre la autoexposición y el placebo puede relacionarse con la eficacia terapéutica de la exposición, por un lado, y, por otro, con la atribución de gran eficacia terapéutica por parte de los pacientes a un tratamiento percibido como completo y doble (uno psicofarmacológico y otro psicológico) (Echeburúa *et al.*, 1991).

III.3 ¿Psicofármacos o exposición?

La atracción hacia los psicofármacos de vía oral deriva de la facilidad con que pueden ser prescritos por el médico y tomados por el paciente, con muy poca dedicación por parte del terapeuta (cuadro 3.9).

CUADRO 3.9. *Efectos de los psicofármacos sobre la agorafobia y el trastorno por pánico*

- Los efectos son de amplio espectro (patológicos), no específicamente antifóbicos. Mejoran los síntomas fóbicos, pero también la depresión, el pánico, la ansiedad y la irritabilidad.
- Con los antidepresivos la mayoría de los síntomas mejoran al mismo tiempo.
- Con el alprazolam la ansiedad y el pánico mejoran antes que la evitación y la depresión.

Fuente: Marks y O'Sullivan, 1989.

Sin embargo, la recaída tras la interrupción de los psicofármacos y los efectos secundarios a largo plazo, que no por desconocidos deben menospreciarse, no hacen aconsejable la medicación como primera línea de tratamiento de la agorafobia. La exposición, por el contrario, es una alternativa terapéutica eficaz y más duradera, que ahorra costes de tiempo y esfuerzos al terapeuta por la presentación actual de los programas de autoexposición y que no tiene apenas efectos secundarios (Basoglu, 1992).

En cuanto a la percepción por parte del paciente, los tratamientos psicológicos (de exposición y cognitivos) son más aceptables y eficaces, sobre todo a lar-

go plazo, que los basados en la administración de fármacos (Norton, Allen y Hilton, 1983). De hecho, la tasa de rechazos al tratamiento de exposición oscila en torno a un 10% de los casos, mientras que la tasa de rechazo a los tratamientos farmacológicos puede oscilar en torno al 20% de los casos (Telch *et al.*, 1985).

Desde la perspectiva de los tratamientos combinados, los ansiolíticos y el alcohol interactúan negativamente con la exposición si rebasan el equivalente de 10 mg diarios de diazepam o de dos vasos de vino diarios. Incluso cantidades pequeñas por debajo de estos límites pueden interferir negativamente si se consumen en el plazo de las 4 horas anteriores a las tareas de exposición. Por el contrario, los antidepresivos son compatibles con la exposición y pueden ser de utilidad (antes incluso que acometer un programa de exposición) si los pacientes están muy deprimidos (Marks y O'Sullivan, 1992).

Por otra parte, las benzodiacepinas en el tratamiento de la agorafobia requieren dosis altas y de larga duración (Tyrer, 1989). Éstos son factores que predisponen a la dependencia. De hecho, después de un tratamiento de corta duración de ocho semanas, cerca de uno de cada tres pacientes tratados con alprazolam para la agorafobia con pánico desarrolló un síndrome de abstinencia al suspender la medicación (Pecknold *et al.*, 1988).

IV. TÉCNICAS COGNITIVAS Y DE AFRONTAMIENTO POTENCIADORAS DE LA EXPOSICIÓN

La presencia en la agorafobia de alteraciones cognitivas, como la ansiedad anticipatoria, la evaluación negativa de los propios recursos y la valoración inadecuada de los síntomas somáticos (cuadro 3.3), ha hecho aconsejable añadir técnicas cognitivas a la exposición y/o extender la exposición a los estímulos internos (Hoffart, 1993; Michelson y Marchione, 1991).

Las técnicas cognitivas utilizadas han sido, fundamentalmente, la terapia racional-emotiva, la reestructuración cognitiva, la solución de problemas y el entrenamiento en autoinstrucciones, sin que se haya demostrado una superioridad clara de unas técnicas sobre otras. La evidencia empírica sobre la eficacia de estas técnicas es contradictoria (por ejemplo, Beck *et al.*, 1992; Chambless y Gillis, 1993).

El enfoque terapéutico cognitivo más actual de Clark (1989) y Barlow (1993) consiste, en primer lugar, en inducir los síntomas (palpitaciones, mareos, etc.) de un ataque de pánico por medio de la hiperventilación voluntaria; en segundo lugar, en desmontar las creencias equivocadas sobre el resultado catastrófico de tales síntomas por medio del cuestionamiento socrático y de otras técnicas utilizadas en la terapia cognitiva de la depresión; y en tercer lugar, en alentar al paciente a realizar conductas planificadas para poner a prueba sus creencias anteriores y en reforzarle por la aparición de sistemas de pensamiento más realistas en relación con los síntomas.

El esfuerzo terapéutico invertido en la aplicación de estas técnicas no se corresponde con los resultados obtenidos (Marks, 1987). Recuérdese que la exposición

por sí sola actúa también sobre las alteraciones cognitivas, independientemente de que la mejoría de éstas no sea sincrónica con la de las conductas motoras.

Una alternativa más adecuada a las terapias cognitivas estructuradas es combinar la exposición con métodos cognitivos simples, tales como dar una explicación clara al paciente de la naturaleza de los ataques de pánico y enseñarle algunas habilidades sencillas para el control de la ansiedad, como técnicas de respiración, relajación y autoinstrucciones (Mathews *et al.*, 1981).

Algunos de los programas terapéuticos recientes se han orientado específicamente al reentrenamiento de la respiración para hacer frente al problema de la hiperventilación involuntaria (Van der Molen *et al.*, 1989). Sin embargo, está aún por saber en qué porcentaje de pacientes ansiosos se encuentra presente el problema de la hiperventilación y cuántas personas, por tanto, se pueden beneficiar del entrenamiento en respiración (cuadro 3.10). Es todavía prematuro recomendar sistemáticamente ejercicios de respiración profunda en la terapia de exposición para los agorafóbicos. Los resultados obtenidos no son aún concluyentes (Marks, 1987; Rijken *et al.*, 1992).

CUADRO 3.10. *Reentrenamiento de la respiración como control de la hiperventilación voluntaria*

Cuando uno percibe los primeros signos de hiperventilación involuntaria, debe dar los siguientes pasos:

1. Interrumpir lo que uno está haciendo y sentarse o, al menos, concentrarse en las instrucciones que figuran a continuación
2. Retener la respiración, sin hacer inhalaciones profundas, y contar hasta 10.
3. Al llegar a 10, espirar y decirse a sí mismo de una forma suave la palabra «tranquilo/a»
4. Inspirar y espirar en ciclos de 6 segundos (3 para la inspiración y 3 para la espiración), diciéndose a sí mismo la palabra «tranquilo/a» cada vez que espira. Habrá, por tanto, 10 ciclos de respiración por minuto.
5. Al final de cada minuto (después de 10 ciclos de respiración), retener la respiración de nuevo durante 10 segundos. A continuación, reanudar los ciclos de respiración de 6 segundos.
6. Continuar respirando de este modo hasta que hayan desaparecido todos los síntomas de la hiperventilación involuntaria.

Las técnicas de *biofeedback* (al menos las referidas a la tasa cardíaca y a la conductancia de la piel) no potencian el valor específico de la exposición (Marks, 1987). No obstante, la investigación en técnicas de *biofeedback* aplicadas a la agorafobia resulta un camino sugerente. En primer lugar, porque la mejoría de los sentimientos subjetivos tiende a ir por detrás de la mejoría de la evitación y del ritmo cardíaco. Y en segundo lugar, porque la recaída es más probable si el paciente ya no evita las situaciones fóbicas, pero manifiesta todavía un nivel alto de activación autónoma (Barlow y Mavissakalian, 1981). En este caso puede ser de interés la aplicación de técnicas de *biofeedback*.

Muchos de los programas terapéuticos actualmente utilizados (Bados, 1993; Barlow, 1993; Botella, 1991; Clark, 1989) recurren a estrategias múltiples cognitivas y psicofisiológicas como potenciadoras de la exposición, pero no se conoce el peso específico de cada una de ellas ni hay una justificación clara desde la perspectiva de la eficiencia terapéutica (costes y beneficios). En resumen, la eficacia de las diversas estrategias de afrontamiento —entrenamiento en respiración, relajación, autoinstrucciones positivas, etc.— en la potenciación de la exposición no está del todo contrastada y depende probablemente de diferencias individuales. Es decir, los agorafóbicos hiperventiladores pueden beneficiarse de las técnicas de respiración y de relajación (Öst, 1988); por el contrario, los agorafóbicos aquejados de una ansiedad anticipatoria muy intensa pueden reaccionar positivamente al entrenamiento en autoinstrucciones. Pero incluso estas afirmaciones requieren investigaciones ulteriores.

V. CONCLUSIONES

Desde una perspectiva psiquiátrica, se ha conceptualizado al pánico como el reflejo de un desequilibrio químico. Según este enfoque, la medicación debe ser la primera línea de batalla en el tratamiento de la agorafobia/trastorno por pánico y la exposición debería ser, en todo caso, un mero complemento de los psicofármacos (Sheehan, Coleman y Greensblatt, 1984). Por el contrario, de la investigación existente se puede concluir que la exposición modifica las alteraciones fisiológicas (con cambios incluso a nivel sináptico), así como la evitación y las alteraciones cognitivas, y que la medicación es sólo una segunda opción en algunos casos (Echeburúa *et al.*, 1993; Marks y O'Sullivan, 1992).

Los efectos secundarios, especialmente de los antidepresivos, y las recaídas tras el abandono de la medicación hacen aconsejable la terapia de exposición como primera línea de acción terapéutica. No deben utilizarse ansiolíticos. Sólo en el caso de una falta de respuesta terapéutica adecuada parece recomendable la inclusión complementaria de antidepresivos, especialmente si los pacientes cuentan con un estado de ánimo disfórico.

El tratamiento de exposición es, en suma, una terapia potente en el control de la agorafobia, pero presenta aún algunos problemas no resueltos. En primer lugar, el rechazo o abandono de la terapia, aun siendo menores que en las terapias farmacológicas, puede afectar al 25% de los pacientes. En segundo lugar, la eliminación de las conductas de evitación supone una mejoría sustancial del paciente, pero no en todos los casos lleva a una mejoría clínica total. Y en tercer lugar, continúa la tendencia de los pacientes fóbicos con un historial de depresión anterior al tratamiento a experimentar episodios depresivos, aunque el tratamiento de exposición haya tenido éxito.

El poder predictivo de las variables implicadas en la terapia de exposición varía mucho de unos estudios a otros. Sin embargo, son, en general, buenos indicadores de éxito terapéutico mostrar conductas evitativas claramente definidas, tener un estado de ánimo normal, seguir las prescripciones terapéuticas y

no someterse a la exposición bajo el efecto del alcohol o de los ansiolíticos. Por el contrario, la antigüedad o la intensidad del problema no constituyen un predictor fiable del resultado terapéutico. Ya durante la terapia, el mejor indicador de éxito terapéutico es el progreso en las primeras sesiones. Los pacientes que obtienen un mayor beneficio terapéutico inicialmente son los que más van a mantenerlo a largo plazo y en los que es menos probable la aparición de episodios depresivos (Echeburúa *et al.*, 1991, 1993; Lelliott *et al.*, 1987).

Es difícil, por otra parte, valorar la eficacia de las técnicas cognitivas en relación con la exposición, ya que todas ellas incluyen componentes de exposición. Si bien en la revisión de Marks (1987) las técnicas cognitivas son, por un lado, inferiores a la exposición y, por otro, no han aportado ningún componente aditivo a la exposición por sí sola en el caso de los tratamientos cognitivo-conductuales, no se puede, sin embargo, menospreciar su valor. Al principio de la terapia pueden actuar en forma de estrategias de motivación para el tratamiento; durante la terapia, como medio de conseguir la observancia de las prescripciones terapéuticas y como ensayos cognitivos preparatorios para la acción terapéutica de la exposición (Salkovskis y Warwick, 1985); y al final de la misma, como forma de aumentar las expectativas de autoeficacia y, en último término, de prevenir las recaídas (Butler, 1989).

Por último, quedan aún sin resolver varios problemas técnicos en los programas de exposición de gran significación terapéutica, como el papel desempeñado por la evitación manifiesta y encubierta, la forma de conseguir una habituación más rápida y una generalización más amplia, la determinación del gradiente óptimo de exposición y de la duración de la misma, así como la posible potenciación de la exposición con el añadido de técnicas cognitivas y/o con la exposición a los estímulos internos (cognitivos y psicofisiológicos) suscitadores de ansiedad.

REFERENCIAS

- Agras, S., Chapin, H. N. y Oliveau, D. C. (1972). The natural history of phobia: Course and prognosis. *Archives of General Psychiatry*, 26, 315-317.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edition)*. Washington, D.C.: APA.
- Bados, A. (1993). Tratamiento en grupo de la agorafobia. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (dirs.), *Intervención psicológica: programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Ballenger, J. C., Burrows, G. D. y Dupont, R. L. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: I. Efficacy in short-term treatment. *Archives of General Psychiatry*, 45, 413-422.
- Ballenger, J. C., Peterson, G. A., Laraia, M. y Hucek, A. (1984). A study of plasma catecholamines in agoraphobia and the relationship of serum tricyclic levels to treatment response. En J. C. Ballenger (dir.), *Biological aspects of agoraphobia*. Washington: APA.
- Barlow, D. H. (1993). Avances en los trastornos por ansiedad. *Psicología Conductual*, 1, 291-300.
- Barlow, D. H. y Mavissakalian, M. (1981). Directions in the assessment and treatment of phobia: The next decade. En M. Mavissakalian y D. H. Barlow (dirs.), *Phobia: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Guilford Press.
- Basoglu, M. (1992). Pharmacological and behavioural treatment of panic disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 57-59.
- Beck, A. T., Sokol, L., Clark, D. A. y Berchik, R. (1992). A crossover study of focused cognitive therapy for panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 778-783.
- Borda, M. y Echeburúa, E. (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 993-1012.
- Botella, C. (1991). Tratamiento psicológico del trastorno de pánico: adaptación del paquete cognitivo-comportamental de Clark. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 871-894.
- Burns, L. E., Thorpe, G. L., Cavallaro, A. y Gosling, J. (1986). Agoraphobia 8 years after behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 17, 580-591.
- Burter, G. (1989). Phobic disorders. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. y 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.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Jasin, S. E., Gracel, E. J. y Williams, C. (1985). The movility inventory for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35-44.
- Chambless, D. L. y Gillis, M. M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Chambless, D. L. y Goldstein, A. J. (1983). *Agoraphobia: Multiple perspectives on theory and treatment*. Nueva York: Wiley.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Cohen, S., Monteiro, W. y Marks, I. M. (1984). Two-year follow-up of agoraphobics after exposure and imipramine. *British Journal of Psychiatry*, 144, 276-281.
- Cox, D. J., Ballenger, J. C., Laraia, M. y Hobbs, W. R. (1988). Different rates of improvement of different symptoms in combined pharmacological and behavioral treatment of agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 119-126.
- Cox, B. J., Endler, N. S., Lee, P. S. y Swinson, R. P. (1992). A meta-analysis of treatments for panic disorder with agoraphobia: Imipramine, alprazolam, and in vivo exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 175-182.
- Echeburúa, E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.), *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1991). Eficacia terapéutica de los psicofármacos y de la exposición en el tratamiento de la agorafobia/trastorno de pánico. *Clínica y Salud*, 2, 227-241.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Técnicas de exposición: variantes y aplicaciones. En F. J. Labrador, J. A. Cruzado y M. Muñoz (dirs.), *Manual práctico de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Agorafobia. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E. y Borda, M. (1991). La autoexposición y las benzodiazepinas en el tratamiento de la agorafobia sin historia de trastorno de pánico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 969-991.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E. y Borda, M. (1993). Interactions between self-exposure and alprazolam in the treatment of agoraphobia without current panic: an exploratory study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 219-238.
- Echeburúa, E., Corral, P., García, E., Páez, D. y Borda, M. (1992). Un nuevo inventario de agorafobia (IA). *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 101-125.
- Emmelkamp, P. M. y Kuipers, A. C. (1979). Agoraphobia: A follow-up study 4 years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 134, 352-355.
- Emmelkamp, P. M. G., Van Dyck, R., Bitter, M. y Heins, R. (1992). Spouse-aided therapy with agoraphobics. *British Journal of Psychiatry*, 160, 51-56.
- Emmelkamp, P. M. G. y Van den Hout, A. (1983). Failure in treating agoraphobia. En E. B. Foa y P. M. G. Emmelkamp (dirs.), *Failures in behavior therapy*. Nueva York: Wiley.
- Garakani, H., Zitrin, C. M. y Klein, D. F. (1985). Treatment of panic disorder with imipramine alone. *American Journal of Psychiatry*, 141, 446-448.
- Hand, I. (1986). Exposure in-vivo with panic management for agoraphobia: Treatment rationale and long-term outcome. En I. Hand y H. U. Wittchen (dirs.), *Panic and phobias*. Berlín: Springer-Verlag.
- Hoffart, A. (1993). Cognitive treatments of agoraphobia: A critical evaluation of theoretical basis and outcome evidence. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 75-91.
- Klosko, J. S., Barlow, D. H., Tassinari, R. B. y Cerny, J. A. (1988). Alprazolam versus cognitive behaviour therapy for panic disorder: A preliminary report. En I. Hand y H. U. Wittchen (dirs.), *Panic and phobias*. Nueva York: Springer Verlag.
- Lelliott, P. T., Marks, I. M., Monteiro, W. O., Tsakiris, F. y Noshirvani, H. (1987). Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure. Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 599-605.
- Marks, I. M. (1971). Phobic disorders: four years after treatment. *British Journal of Psychiatry*, 118, 683-688.
- Marks, I. M. (1978). *Living with fear*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University (traducción, Martínez Roca, 2 vols., 1991).
- Marks, I. M. (1992). Tratamiento de exposición en la agorafobia y el pánico. En E. Echeburúa (dir.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Marks, I. M., Gray, S., Cohen, D., Hill, R., Mawson, D., Ramm, E. y Stern, R. S. (1983). Imipramine and brief therapist-aided in agoraphobics having self-exposure homework. *Archives of General Psychiatry*, 40, 153-162.
- Marks, I. M. y Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Marks, I. M. y O'Sullivan, G. (1992). Psicofármacos y tratamientos psicológicos en la agorafobia/pánico y en los trastornos obsesivo-compulsivos. En E. Echeburúa (dir.), *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Mathews, A. M., Gelder, M. G. y Johnston, D. W. (1981). *Agoraphobia. Nature and Treatment*. Nueva York: Guilford.
- Mavissakalian, M. (1982). Pharmacological treatment of anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43, 487-491.

- Mavissakalian, M. (1987). The placebo effect in agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 95-99.
- Mavissakalian, M. y Michelson, L. (1983). Self-directed in vivo exposure practice in behavioral and pharmacological treatments of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 14, 506-519.
- Mavissakalian, M. y Michelson, L. (1986). Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1106-1112.
- Mavissakalian, M., Michelson, L. y Dealy, R. S. (1983). Pharmacological treatment of agoraphobia: imipramine versus imipramine with programmed practice. *British Journal of Psychiatry*, 143, 348-355.
- McPherson, F. M., Brougham, L. y McLaren, S. (1980). Maintenance of improvement in agoraphobic patients treated by behavioural methods - a four-year follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 150-152.
- Michelson, L. (1988). Cognitive, behavioral, and psychophysiological treatments and correlates of panic. En S. Rachman y J. D. Maser (dirs.), *Panic: Psychological perspectives*. Nueva York: Lawrence Erlbaum.
- Michelson, L. y Marchione, K. (1991). Behavioral, cognitive and pharmacological treatments of panic disorder with agoraphobia. Critique and synthesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 100-114.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K. (1988). Cognitive, behavioral and psychophysiological treatments of agoraphobia: A comparative outcome investigation. *Behavior Therapy*, 19, 97-120.
- Munby, M. y Johnston, D. W. (1980). Agoraphobia: The long-term follow-up of behavioural treatment. *British Journal of Psychiatry*, 137, 418-427.
- Munjack, D. J., Rebal, R. y Shaner, R. (1985). Imipramine versus propranolol for the treatment of panic attacks: A pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 80-89.
- Norton, G. R., Allen, G. E. y Hilton, J. (1983). The social validity of treatments for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 393-399.
- Ost, L. G. (1988). Applied relaxation versus progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Ost, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 393-399.
- Ost, L. G., Westling, B. E. y Hellstrom, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 385-394.
- Pecknold, J. C., Swinson, R. P., Kuch, K. y Lewis, L. P. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: results from a multicenter trial: III. Discontinuation effects. *Archives of General Psychiatry*, 45, 429-436.
- Rijken, H., Kraaiaat, F., De Ruiter, C. y Garssen, B. (1992). A follow-up study on short-term treatment of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 63-66.
- Rizley, R., Kahn, R. J., McNair, D. M. y Frankenther, L. M. (1986). A comparison of alprazolam and imipramine in the treatment of agoraphobia and panic disorder. *Psychopharmacological Bulletin*, 22, 167-172.
- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. C. (1985). Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder. Treating treatment failures. *Behavioral Psychotherapy*, 13, 243-255.
- Sheehan, D. V., Ballenger, J. y Jacobsen, G. (1980). Treatment of endogenous anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 37, 51-59.
- Sheehan, D. V., Coleman, J. H. y Greensblatt, D. J. (1984). Some biochemical correlates of panic attacks with agoraphobia and their response to a new treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 4, 66-75.

- Telch, M. J. (1988). Combined pharmacological and psychological treatment. En C. G. Last y M. Hersen (dirs.), *Handbook of anxiety disorders*. Nueva York: Pergamon Press.
- Telch, M. J., Agras, W. S., Taylor, C. B., Roth, W. T. y Gallen, C. C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 325-335.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V. y Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment*, 1, 35-40.
- Tyrer, P. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester: Wiley and Sons (traducción, Díaz de Santos, 1992).
- Van der Molen, G. M., Van den Hout, M. A., Merckelbach, H., Vandieren, A. C. y Griez, E. (1989). The effect of hypocapnia on extinction of conditioned fear responses. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 71-77.
- Weissman, M. M. (1985). The epidemiology of anxiety disorders: Rates, risks and familial patterns. En H. Tuma y J. Maser (dirs.), *Anxiety and anxiety-related disorders*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F. y Woerner, M. G. (1980). Treatment of agoraphobia with group exposure in vivo and imipramine. *Archives of General Psychiatry*, 37, 63-72.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F., Woerner, M. G. y Ross, D. (1983). Treatment of phobias: I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 40, 125-138.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor (original, 1985).
- Bados, A. (1993). Tratamiento en grupo de la agorafobia. En D. Macià, F. X. Méndez y J. Olivares (dirs.), *Intervención psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Bados, A. (1995). *Agorafobia* (2 vols.). Barcelona: Paidós.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1992). *La agorafobia. Nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento*. Valencia: Promolibro.
- Marks, I. M. (1991). *Miedos, fobias y rituales* (2 vols.). Barcelona: Martínez Roca (original, 1987).
- Mathews, A. M., Gelder, M. y Johnston, D. W. (1985). *Agorafobia. Naturaleza y tratamiento*. Barcelona: Fontanella (original, 1981).
- Peurifoy, R. Z. (1993). *Venza sus temores. Ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robinbook (original, 1992).

APÉNDICE I. REGISTRO DE TAREAS DE EXPOSICIÓN (Echeburúa y Corral, 1991)

Fecha	Hora de		Tareas de exposición	Ansiedad máxima (0-10)		Solo o con coterapeuta	Estrategias de afrontamiento
	Comienzo	Fin		Antes	Después		
19/11	19:30	21:30	Conducta-objeto 2º. Ir al cine o a un espectáculo los fines de semana con los amigos * Ir con mi hermana al cine un lunes por la tarde y sentarme al final de la sala en el extremo de la fila	7	3	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas: «Voy a disfrutar de la película; mi hermana está a mi lado»
23/11	22:30	00:30	* Ir con mi hermana al cine un viernes por la noche y sentarme en la parte central al extremo de la fila. Mi hermana se sienta en otro lugar no cercano.	8,5	4	Coterapeuta	Autoinstrucciones positivas: «Voy a ser capaz de hacer lo que hacen los demás; yo no soy distinta»
26/11	19:30	21:30	* Ir solo al cine un lunes por la tarde y sentarme en la parte central al extremo de la fila	9	4,5	Solo	Respiraciones profundas. Autoinstrucciones positivas: «Voy a respirar bien; así me siento capaz»

APÉNDICE 2. PROGRAMA DE AUTOEXPOSICIÓN EN LA AGORAFOBIA (Echeburúa *et al.*, 1991)

1. Marco global

Requisitos de la autoexposición

- Manuales (del paciente y del coterapeuta)
- Registro de las tareas de exposición
- Presencia de un coterapeuta
- Número de sesiones con el terapeuta: 7

Estructura del programa de autoexposición

- Participación activa, gradual y continua
- Frecuencia: 6 días/semana
- Duración: 2 horas/día
- Registros diarios de las tareas de exposición

Función del terapeuta

- Explicar el programa de exposición
- Precisar con exactitud lo que ha de hacerse
- Implicar de forma activa al paciente
- No hablar sobre el problema, sino sobre el programa
- Objetivo principal: orientar al paciente hacia las conductas objetivo por medio de las tareas adecuadas

Función del paciente

- Seguir estrictamente las instrucciones del terapeuta
- Exponerse a las tareas necesarias (que ahora evita) en cada una de las conductas objetivo
- Reforzarse al comprobar que es capaz de enfrentarse a dichas tareas y que no le ocurre nada malo por hacerlo

Función del coterapeuta

- Servir de apoyo y de modelo, así como reforzar al paciente ante la extinción de las conductas de evitación
- Acompañar al paciente según la siguiente programación:

- 1ª semana: 100% del tiempo de las tareas
- 2ª semana: 80% del tiempo de las tareas
- 3ª semana: 60% del tiempo de las tareas
- 4ª semana: 40% del tiempo de las tareas
- 5ª semana: 20% del tiempo de las tareas
- 6ª semana: 0% del tiempo de las tareas

El resto del tiempo estará localizable por el paciente.

2. Contenido de las sesiones con el terapeuta

1ª sesión (45 minutos)

- Plantear la hipótesis del problema
- Explicar el papel activo del paciente y la necesidad terapéutica de interrumpir las conductas de evitación
- Describir la autoexposición en función de las conductas objetivo
- Comentar los manuales de autoayuda
- Enseñar el registro y hacer referencia a la necesidad de completarlo
- Instruir al paciente en el manejo del control del pánico
- Precisar con detalle el papel del terapeuta
- Hacer hincapié en la importancia del coterapeuta como modelo
- Señalar el empleo adecuado del refuerzo y del autorrefuerzo
- Preparar las tareas para realizar entre la 1ª y la 2ª sesión. Se trabajan como mínimo dos objetivos por semana
- Hacer un calendario de sesiones

2ª sesión (45 minutos)

- Revisar los registros del paciente
- Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo
- Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición
- Comentar con el paciente y con el coterapeuta las dudas planteadas en relación con el libro de autoayuda
- Preparar las tareas de la semana próxima

3ª sesión (30 minutos)

- Revisar los registros del paciente
- Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo
- Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición
- Comprobar el manejo de la ansiedad por parte del paciente
- Analizar las conductas adaptativas reforzantes (sociales, de tiempo libre, etc.)
- Preparar las tareas de la semana próxima

4ª sesión (30 minutos)

- Revisar los registros del paciente
- Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo
- Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición
- Explicar el concepto de generalización: incorporación de conductas alternativas, tareas espontáneas, etc.
- Preparar las tareas de la semana próxima

5ª sesión (30 minutos)

- Revisar los registros del paciente
- Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo
- Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición
- Discutir los planes a largo plazo: a) práctica continuada; b) establecimiento de nuevos objetivos; c) aumento de las actividades sociales; d) anticipación de las recaídas; y e) releer los manuales de autoayuda en la solución de los problemas
- Preparar las tareas de la semana próxima

6ª sesión (30 minutos)

- Revisar los registros del paciente
- Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo
- Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición
- Estimular al paciente y a la pareja a establecer objetivos que estén más allá de la rutina diaria y que sean reforzantes (compras en grandes almacenes, viajes de largas distancias, vacaciones, etc.)
- Explicar la prevención de la recaída: signos tempranos de recaída, estrategias inmediatas de intervención, sesiones de recondicionamiento, etc.
- Preparar las tareas de la semana próxima

7ª sesión (45 minutos)

- Revisar los registros del paciente
- Reforzar al paciente y al coterapeuta por las tareas llevadas a cabo
- Tratar las dificultades surgidas en las tareas de exposición
- Llevar a cabo un balance global de las tareas realizadas
- Realizar una valoración del programa en relación con las conductas objetivo: confianza, seguridad, autocontrol, etc.
- Recordar la relectura del manual
- Insistir en que el mantenimiento de la práctica es la clave para el éxito futuro
- Preparar un programa de seguimiento
- Agradecer tanto al paciente como al coterapeuta su participación y mostrarse disponible en el caso de que surja cualquier contratiempo en el futuro

4. TRASTORNO POR PÁNICO

MICHELLE G. CRASKE y MICHAEL R. LEWIN

I. INTRODUCCIÓN

En años recientes se han realizado progresos importantes con respecto al tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos por pánico (con y sin agorafobia). Como se indica en éste y en otros capítulos recientes (p. ej., Craske y Barlow, 1993), los resultados de estos tratamientos recién desarrollados son muy prometedores. Los enfoques cognitivo-conductuales se consideran entre los tratamientos de elección para los individuos afectados por el trastorno por pánico (National Institute of Mental Health, 1993). Estos avances son especialmente importantes teniendo en cuenta la frecuencia con la que se experimenta el trastorno por pánico (del 2 al 6% de la población general; Myers *et al.*, 1984) y la gravedad de las repercusiones sociales y personales, incluyendo el abuso de sustancias psicoactivas, la depresión y las tendencias suicidas (p. ej., Markowitz *et al.*, 1989). Los progresos en los enfoques de tratamiento cognitivo-conductual fueron impulsados en gran medida por los avances en la conceptualización del trastorno por pánico. Estos desarrollos conceptuales reconocen el papel de los estímulos desencadenantes internos y específicos y de los factores atribucionales cognitivos para el pánico. En este capítulo se proporciona una puesta al día de las intervenciones cognitivo-conductuales para el trastorno por pánico y de su eficacia. Se presentan también las bases teóricas para estos procedimientos de tratamiento.

Según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), el trastorno por pánico implica básicamente la experiencia de períodos discretos de repentino e intenso temor o malestar (es decir, *pánico*). La experiencia de pánico se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos y cognitivos, que ocurren de forma inesperada (al menos en algunas ocasiones) y recurrente, y se distingue de la activación ansiosa que crece gradualmente y de las reacciones fóbicas ante estímulos circunscritos, claramente discernibles. Igualmente, la profunda aprensión sobre los ataques de pánico se desarrolla bajo la forma de una preocupación persistente sobre ataques futuros, preocupación sobre las consecuencias físicas, sociales o mentales de los ataques, o cambios importantes de la conducta en respuesta a los ataques.

En el *DSM-IV* se ha reconocido la ubicuidad de los ataques de pánico en los distintos trastornos por ansiedad (APA, 1994); un ataque de pánico se describe como un estado emocional que puede estar asociado a cualquier trastorno por

ansiedad. De forma específica, los ataques de pánico pueden diferenciarse según tres tipos:

1. Ataques de pánico *espontáneos*, en los que no se conocen estímulos situacionales desencadenantes;
2. Ataques de pánico *situacionalmente determinados*, en donde invariablemente se identifica un estímulo situacional específico, o
3. Ataques de pánico *situacionalmente predispuestos*, en los que es probable, aunque no de forma invariable, la identificación de un estímulo situacional específico como precursor del ataque de pánico.

Aunque no existen reglas absolutas para el diagnóstico, los ataques de pánico inesperados están asociados más a menudo con el trastorno por pánico (de hecho, al menos dos ataques de pánico inesperados son necesarios para el diagnóstico del trastorno por pánico), los ataques de pánico situacionalmente determinados están asociados más a menudo con trastornos fóbicos más circunscritos (p. ej., fobias específica y social) y los ataques de pánico situacionalmente predispuestos ocurren más a menudo en el trastorno por pánico con agorafobia (en especial posteriormente en el curso del trastorno), pero pueden ocurrir también en fobias más circunscritas. La descripción de este modo de los ataques de pánico se hace con el fin de ayudar al diagnóstico diferencial del trastorno por pánico con respecto a otros trastornos por ansiedad en los que pueden darse también ataques de pánico, pero en los que el centro de la aprensión no se encuentra en el mismo ataque de pánico (p. ej., fobias sociales, fobias específicas, trastorno obsesivo-compulsivo).

La agorafobia se describe de forma separada del trastorno por pánico en el *DSM-IV* para resaltar la ocurrencia del(a) malestar/evitación agorafóbicos en individuos con o sin una historia de trastorno por pánico. Sin embargo, se ha encontrado que el pánico precede a la agorafobia en la mayoría de las personas que buscan tratamiento (p. ej., Craske *et al.*, 1990).

En raras ocasiones se hace el diagnóstico de trastorno por pánico/agorafobia como problema aislado. Los trastornos del Eje I que coocurren frecuentemente con el anterior incluyen a la fobia específica, la fobia social y la distimia (Sanderson *et al.*, 1990). Varias investigaciones independientes han mostrado que del 25 al 60% de las personas con trastorno por pánico con/sin agorafobia satisfacen los criterios de un trastorno de la personalidad, especialmente los trastornos por evitación y por dependencia (Chambless y Renneberg, 1988; Mavissakalian y Hamman, 1986; Reich, Noyes y Troughton, 1987). Sin embargo, la naturaleza de la relación entre el trastorno por pánico y los trastornos de personalidad no está muy clara. Por ejemplo, las tasas de comorbilidad dependen mucho del método utilizado para establecer el diagnóstico del Eje II (Chambless y Renneberg, 1988) así como de la ocurrencia de un estado de ánimo deprimido (Alnaes y Torgersen, 1990), y algunos "trastornos de personalidad" remiten con el tratamiento satisfactorio del pánico y la agorafobia (Mavissakalian y Hamman, 1986; Noyes *et al.*, 1991).

II. FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS DEL TRATAMIENTO

Se han propuesto recientemente varias conceptualizaciones convergentes sobre el pánico, diferenciándose únicamente en sus puntos de énfasis. Por ejemplo, algunos enfatizan la evaluación cognitiva errónea (Beck, 1988; Clark *et al.*, 1988), otros subrayan el aprendizaje asociativo y el procesamiento emocional (Barlow, 1988; Wolpe y Rowan, 1988), y unos terceros hacen hincapié sobre las sensibilidades fisiológicas (Ehlers y Margraf, 1989). En esta sección se plantea una revisión de las conceptualizaciones recientes, puesto que éstas constituyen las bases teóricas de los tratamientos cognitivo-conductuales más recientes para el trastorno por pánico.

El ataque de pánico inicial lo ha conceptualizado Barlow (1988) como un disparo erróneo del "sistema del miedo", bajo circunstancias estresantes de la vida, en individuos fisiológicamente vulnerables (un factor de vulnerabilidad biológica explica la elevada concordancia familiar para el trastorno por pánico [Crowe *et al.*, 1983; Moran y Andrews, 1985; Torgersen, 1983]). Sin embargo, un ataque de pánico aislado no lleva necesariamente al desarrollo de un trastorno por pánico, tal como lo prueba la discrepancia entre las estimaciones de la prevalencia para un ataque de pánico espontáneo en los últimos 12 meses (que va de un 10 a un 12%; p. ej., Telch, Lucas y Nelson, 1989) y para el trastorno por pánico con/sin agorafobia en los últimos 6 meses (que va del 2 al 6%; Myers *et al.*, 1984).

Barlow y otros autores (p. ej., Clark *et al.*, 1988) plantean que una vulnerabilidad psicológica explica el desarrollo de la aprensión ansiosa sobre la recurrencia del pánico, que, a su vez, conduce a la aparición del trastorno por pánico. La vulnerabilidad psicológica se conceptualiza como un conjunto de creencias con contenido de peligro sobre los síntomas del pánico (p. ej., "Estoy perdiendo el control") y sobre el significado de los ataques de pánico en relación con el concepto del individuo sobre sí mismo y sobre el mundo (p. ej., "Los acontecimientos están sucediendo de forma incontrolable e impredecible; soy demasiado débil para controlar mis emociones"). Se supone que estas creencias surgen a partir de distintas experiencias vitales (como la transmisión vicaria y de información, por parte de otras personas importantes del entorno del paciente, sobre los peligros físicos y mentales asociados con determinados síntomas corporales), incluyendo los estímulos vitales estresantes cercanos al primer ataque de pánico.

Teniendo en cuenta la naturaleza traumática del(os) primer(os) ataque(s) de pánico, se propone (Barlow, 1988) que se desarrollan asociaciones de miedo, condicionadas clásicamente, con distintos aspectos del contexto en el que ocurrió el ataque de pánico, incluyendo los alrededores de la situación y los síntomas de la activación. El temor aprendido ante las señales de activación es similar a la descripción de Razran (1961) del "condicionamiento interoceptivo": una forma de condicionamiento que es relativamente resistente a la extinción y no consciente. Es decir, las respuestas de temor condicionadas interoceptivamente no dependen del conocimiento consciente sobre los estímulos desencadenantes.

Según este modelo, puede parecer que los ataques de pánico no son provocados por un estímulo o que ocurren de repente, debido a que son desencadenados por alteraciones sutiles, inocuas, del estado fisiológico, sobre el que el individuo no es totalmente consciente.

Además, es probable que las evaluaciones cognitivas erróneas del peligro (como los temores de morir o perder el control) aumenten la activación de temor, que, a su vez, intensifica las señales de temor que se temen. En consecuencia, se mantiene un ciclo vicioso de "miedo al miedo" (o miedo a las sensaciones), hasta que el sistema fisiológico de activación quede exhausto o hasta que se consigan evidencias que lo cuestionen (Clark *et al.*, 1988).

Teniendo en cuenta esto, el trastorno por pánico se considera básicamente una fobia a los estímulos corporales internos. Sin embargo, al contrario que los estímulos externos temidos, los estímulos internos a los que se tiene miedo son *generalmente* menos predecibles y es más difícil escaparse de ellos, lo que produce un temor más intenso, más repentino, menos predecible y una mayor ansiedad de anticipación sobre la recurrencia del miedo (Craske, 1991; Craske, Glover y De Cola, 1995). Además, como propone Barlow (1988), la anticipación ansiosa del pánico puede aumentar la probabilidad de su ocurrencia, puesto que es probable que dicha activación incremente los síntomas que han llegado a convertirse en señales condicionadas para el pánico, y/o aumente el grado de vigilancia de la atención hacia esas señales. De esta manera, se establece un ciclo de mantenimiento entre la aprensión ansiosa sobre el pánico y el pánico mismo.

Se siguen produciendo evidencias empíricas en apoyo de este planteamiento. Por ejemplo, las personas que sufren de ataques de pánico tienen creencias y temores más pronunciados sobre el daño físico o mental que podría surgir de sensaciones corporales específicas asociadas a los ataques de pánico (Chambless *et al.*, 1984; Clark *et al.*, 1988; Holt y Andrews, 1989; McNally y Lorenz, 1987; Van den Hout *et al.*, 1987). Existen también evidencias parciales del aumento del darse cuenta de, o de la capacidad para detectar, las sensaciones corporales de la activación (Antony *et al.*, 1995; Ehlers y Margraf, 1989; Van den Hout *et al.*, 1987), debido, supuestamente, a un mecanismo de vigilancia atencional. Además, las personas con un trastorno por pánico tienen miedo de los procedimientos que provocan sensaciones corporales similares a las experimentadas durante los ataques de pánico, incluyendo ejercicios cardiovasculares, respiratorios y audiovestibulares inocuos (Zarate *et al.*, 1988). Se da también más apoyo proveniente de los estudios que muestran que la corrección de las evaluaciones erróneas de peligro con respecto a determinadas sensaciones corporales parecen disminuir el temor. Por ejemplo, se informa de un pánico considerablemente inferior cuando los sujetos perciben que la hiperventilación y la inhalación de dióxido de carbono (que producen potentes síntomas físicos similares a los del pánico) son seguros y controlables (Rapee, Mattick y Murrell, 1986; Rapee, Telfer y Barlow, 1991; Sanderson, Rapee y Barlow, 1989). El papel de la evaluación cognitiva puede extenderse a los ataques de pánico nocturnos, es decir, a los ataques que ocurren en un estado de sueño profundo (Craske y Freed, 1995).

Sin embargo, no hay evidencias suficientes con respecto a los factores de vulnerabilidad o de predisposición propuestos. Se necesitan estudios longitudi-

nales sobre poblaciones de alto riesgo para establecer el papel de las vulnerabilidades biológicas y psicológicas y la importancia del aprendizaje que puede ocurrir como consecuencia de los primeros ataques de pánico (p. ej., la sensibilidad ante, y el temor a, las señales interoceptivas). Aunque un estudio preliminar ha mostrado que la tendencia a interpretar erróneamente las sensaciones corporales como algo dañino aumenta la probabilidad de los ataques de pánico a lo largo de un período de tres años (Maller y Reiss, 1992).

Los individuos con agorafobia que acuden a tratamiento indican normalmente que una historia de pánico precedió a la aparición de la conducta de evitación (Craske *et al.*, 1990; Noyes *et al.*, 1986; Pollard, Bronson y Kenney, 1989; Swinson, 1986; Thyer *et al.*, 1985). No obstante, no todas las personas que tienen ataques de pánico desarrollan una evitación agorafóbica y el grado de evitación que surge es muy variable. Las razones de estas diferencias individuales no están claras (véase Craske y Barlow, 1988, para una revisión). Aunque muchos individuos agorafóbicos suelen haber experimentado pánico a lo largo de extensos períodos, la relación con la cronicidad es relativamente débil, puesto que un porcentaje importante tiene ataques de pánico durante muchos años sin desarrollar un estilo agorafóbico. La evitación agorafóbica tampoco está relacionada con la edad de aparición, los perfiles de síntomas de pánico, los porcentajes de los distintos tipos de ataques (es decir, con/sin estímulo desencadenante y esperado/espontáneo), la frecuencia de los ataques de pánico, el temor a las sensaciones corporales, o el grado de aprensión sobre la posibilidad de tener un ataque de pánico (Craske *et al.*, 1990; Noyes *et al.*, 1986; Pollard, Bronson y Kenney, 1989; Swinson, 1986; Thyer *et al.*, 1985).

Por otra parte, conforme el grado de agorafobia se vuelve más grave van predominando las mujeres en la muestra (Reich *et al.*, 1987; Thyer *et al.*, 1985). Posiblemente, las conductas y las expectativas del rol sexual influyen en el grado en que la aprensión sobre el pánico conduce a la evitación agorafóbica (Barlow, 1988). Además, se plantea que los estilos individuales de afrontamiento ante las situaciones aversivas o estresantes en general (p. ej., acercamiento *versus* huida) pueden moderar el grado en el que la aprensión hacia el pánico conduce a la evitación agorafóbica (Craske y Barlow, 1988). En resumen, se considera la evitación agorafóbica como un estilo de afrontamiento ante la aprensión al pánico. Merece la pena señalar que otro estilo de afrontamiento que puede ser más frecuente en los hombres que tienen ataques de pánico es enfrentarse a las situaciones que anticipan con la ayuda del alcohol o de las drogas (Barlow, 1988).

Una implicación de este planteamiento sobre el pánico y la agorafobia es que el tratamiento directo del pánico puede mejorar el tratamiento de la evitación agorafóbica. Tradicionalmente, la evitación agorafóbica era el objetivo principal de las intervenciones conductuales, dejando que el pánico disminuyese como consecuencia del aumento de la conducta de movilidad y acercamiento o del control por medio de la medicación. Sin embargo, muchos individuos que aprenden a ser menos agorafóbicos continúan teniendo ataques de pánico (Arnold *et al.*, 1985; Michelson, Mavissakalian y Marchione, 1985; Stern y Marks, 1973). Además, la continuidad de los ataques de pánico se ha asociado a la posibilidad de una recaída agorafóbica (Craske, Street y Barlow, 1989; Arnold *et al.*,

1985). Por consiguiente, el valor de los tratamientos cognitivo-conductuales que colocan como objetivo principal al pánico es elevado para los individuos con y sin agorafobia.

III. ESTRATEGIAS PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Algunos estudios han demostrado la eficacia de una combinación de estrategias conductuales de tratamiento para los ataques de pánico, incluyendo la relajación, el entrenamiento asertivo, la exposición en vivo, el entrenamiento en *biofeedback* y la reestructuración cognitiva (p. ej., Gitlin *et al.*, 1985; Shear *et al.*, 1991). Se ha mostrado que los efectos de tratamientos multicomponentes similares son superiores al paso del tiempo solo (Wadell, Barlow y O'Brien, 1984). Los componentes más recientes de tratamiento incluyen el reentrenamiento de la respiración, la relajación aplicada, las técnicas de inervación vagal, la reestructuración cognitiva y la exposición a las sensaciones corporales temidas.

El reentrenamiento de la respiración. Varios investigadores han examinado la eficacia del reentrenamiento en respiración (es decir, entrenamiento en respiración lenta, diafragmática) dado que del 50 al 60% de los sujetos con ataques de pánico describen que los síntomas de hiperventilación son muy similares a los síntomas de esos ataques (DeRuiter *et al.*, 1989). No obstante, hay que señalar que investigaciones relativamente recientes han mostrado que el relato de síntomas de hiperventilación no representa de forma adecuada la fisiología de la hiperventilación (Holt y Andrews, 1989); la mayoría de los pacientes suelen informar en exceso de sintomatología de este tipo.

En el planteamiento de los ataques de pánico que enfatiza la hiperventilación, dichos ataques se consideran inducidos por el estrés, cambios respiratorios que o bien provocan temor porque se perciben como amenazantes o bien aumentan el temor ya existente provocado por otros estímulos fóbicos (Clark, Salkovskis y Chalkley, 1985; Ley, 1991). Kraft y Hoogduin (1984) encontraron que seis sesiones bisemanales de reentrenamiento de la respiración y de relajación progresiva redujeron la frecuencia de los ataques de pánico de 10 a 4 a la semana. Sin embargo, el tratamiento no fue más eficaz que la hiperventilación repetida y el control de los síntomas respirando dentro de una bolsa o la identificación de los estímulos vitales estresantes y la solución de problemas. En un informe de dos casos se ha descrito la aplicación satisfactoria del reentrenamiento de la respiración en el contexto de tratamientos de base cognitiva, en los que se enseñaba a los pacientes a reinterpretar las sensaciones como inocuas (Rapee, 1985; Salkovskis *et al.*, 1986). Clark *et al.* (1985) realizaron un estudio a mayor escala, aunque sin grupos control, en el que 18 sujetos con ataques de pánico recibieron dos sesiones semanales de control de la respiración y de entrenamiento en reatribución cognitiva. Los ataques de pánico se redujeron notablemente en ese breve período de tiempo, especialmente en sujetos que no tenían una agorafobia importante. Salkovskis *et al.* (1986) utilizaron cuatro sesiones semanales

de hiperventilación forzada, información correctora y reentrenamiento de la respiración con nueve pacientes que sufrían ataques de pánico, después de las cuales se proporcionaba exposición en vivo para las situaciones agorafóbicas si era necesario. La frecuencia de dichos ataques disminuyó, por término medio, de 7 a 3 a la semana después del entrenamiento en el control de la respiración.

Aunque estos estudios muestran resultados importantes a partir de intervenciones terapéuticas breves, hay que fijarse en varias cuestiones. En primer lugar, se selecciona normalmente a los sujetos sobre la base de que muestren síntomas de hiperventilación y, por consiguiente, no está clara la generalización a los sujetos que no informan de síntomas de hiperventilación. Segundo, DeRuiter *et al.* (1989), empleando sujetos seleccionados de manera parecida, no replicaron la eficacia de una combinación de reentrenamiento de la respiración y reestructuración cognitiva. En tercer lugar, los protocolos de reentrenamiento de la respiración incluyen habitualmente reestructuración cognitiva y exposición interoceptiva que, como se describirá más adelante, ha demostrado ser un tratamiento muy eficaz para los ataques de pánico. Por consiguiente, es difícil atribuir los resultados principalmente al control de la respiración. Cuarto, no se conoce el grado en que las intervenciones en el reentrenamiento de la respiración reducen la ansiedad de anticipación y otros índices que, según se cree, subyacen al trastorno por pánico (p. ej., la vigilancia atencional hacia los síntomas de activación, etc.). Finalmente, es poco probable que el éxito del reentrenamiento en respiración sea atribuible a los cambios en la respiración real (Garssen, De Ruiter y Van Dyck, 1992); la distracción y/o la mejora en el control percibido se presentan como mecanismos posibles que subyacen a la eficacia del reentrenamiento de la respiración.

La relajación. Una forma de relajación conocida como *relajación aplicada* ha mostrado resultados prometedores como tratamiento para los ataques de pánico. La relajación aplicada conlleva el entrenamiento en relajación muscular progresiva (RMP) hasta que el sujeto se muestre habilidoso en el empleo de procedimientos de control por medio de señales; en ese momento, la habilidad de la relajación se aplica ante ítems de una jerarquía de tareas provocadoras de ansiedad. No se ha elaborado ninguna base teórica para el empleo de la relajación para los ataques de pánico, aparte del planteamiento de una respuesta somática opuesta a la tensión muscular que es probable que ocurra durante la ansiedad y el pánico. Sin embargo, las evidencias de otras fuentes no prestan apoyo a esta idea (Rupert, Dobbins y Mathew, 1981). Se sugiere que el temor y la ansiedad disminuyen en la medida en que la relajación proporcione una sensación de control o de dominio (Bandura, 1977, 1988; Rice y Blanchard, 1982). Los procedimientos y mecanismos que explican los beneficios terapéuticos están ensombrecidos, en el caso de las formas aplicadas de la RMP, por la implicación de los procedimientos de exposición.

Öst (1988) obtuvo resultados muy favorables para la RMP aplicada. El 100% de un grupo de sujetos con RMP aplicada (N = 8) quedó libre de ataques de pánico después de 14 sesiones, en comparación con el 71,7% de un grupo con RMP no aplicada (N = 8). Además, los resultados del primer grupo se mantuvieron en

el seguimiento (aproximadamente 19 meses después de la finalización del tratamiento), mientras que el mantenimiento de los beneficios sólo se produjo en el 57% del segundo grupo. Todos los sujetos del grupo de RMP aplicada se clasificaron con un elevado funcionamiento final, en comparación con el 25% del grupo de RMP. Por el contrario, Barlow *et al.* (1989) encontraron que la RMP aplicada era relativamente ineficaz en el control de los ataques de pánico. Esta discrepancia puede deberse a los diferentes tipos de tareas a los que se aplicó la relajación controlada por señales. La condición de RMP aplicada de Öst (1988) incluía la exposición ante señales interoceptivas (es decir, a sensaciones corporales temidas), mientras que Barlow *et al.* (1989) limitaron su condición de RMP a tareas situacionales externas. Más recientemente, Michelson *et al.* (1990) combinaron la RMP aplicada con el reentrenamiento de la respiración y el entrenamiento cognitivo en 10 pacientes con trastorno por pánico. Al final del tratamiento, todos los sujetos estaban libres de ataques de pánico "espontáneos", todos, excepto uno, no tenían ya ningún tipo de ataque de pánico y todos satisfacían los criterios de un elevado funcionamiento final. Sin embargo, no se conoce la contribución específica de la RMP aplicada a estos resultados.

La inervación vagal. La inervación vagal es una técnica de control somático menos investigada. El control de la tasa cardíaca se enseña por medio del masaje a la carótida, haciendo presión en un ojo durante la expulsión del aire o presionando sobre el pecho. Resultados preliminares sugieren cierto éxito con este procedimiento (Sartory y Olajide, 1988).

La reestructuración cognitiva. Las estrategias cognitivas para el trastorno por pánico fueron lideradas por la extensión del modelo cognitivo de Beck (1988) para la depresión a la ansiedad y al pánico. El tratamiento cognitivo se centra en corregir las evaluaciones erróneas de las sensaciones corporales como amenazantes. Las estrategias cognitivas se llevan a cabo junto con las técnicas conductuales, aunque el mecanismo eficaz del cambio se supone que subyace en el aspecto cognitivo. En un estudio sin grupos control, Sokol y Beck (1986; citado en Beck, 1988) trataron a 25 pacientes con técnicas cognitivas en combinación con exposición in vivo e interoceptiva durante una media de 17 sesiones individuales. Los ataques de pánico desaparecieron en los 17 pacientes que no tenían un diagnóstico añadido de trastorno de personalidad, en las evaluaciones postratamiento y a los 12 meses. En un estudio más reciente, muy bien controlado, Clark *et al.* (1993) compararon la terapia cognitiva (que incluía autoexposición) con la relajación aplicada y la imipramina. Después de un promedio de 10 sesiones de tratamiento, 18 de los 20 pacientes que terminaron la terapia cognitiva estaban libres de ataques de pánico, lo mismo que 17 de esos pacientes en una evaluación de seguimiento a un año. Aunque estos resultados son llamativos, es difícil atribuir los resultados únicamente a las estrategias cognitivas si tenemos en cuenta su combinación con estrategias conductuales.

Por otra parte, un informe preliminar de Margraf, Gobel y Schneider (1989) sugirió que las estrategias cognitivas aplicadas sin procedimientos de exposición son medios altamente eficaces para controlar los ataques de pánico. Igualmente,

Salkovskis, Clark y Hackmann (1991) presentan resultados a partir de un diseño de caso único de línea base múltiple donde examinaron los efectos de dos semanas de terapia cognitiva con instrucciones antiexposición. Los ataques de pánico disminuyeron o cesaron en todos, excepto uno, de los 7 pacientes. Aunque estos resultados son prometedores, se aconseja prudencia, ya que ese estudio ha sido criticado en sus aspectos metodológicos (Acierno, Hersen y Van Hasselt, 1993). En general, estos resultados contribuyen a la creciente evidencia que apoya la eficacia de las técnicas cognitivas. Sin embargo, como apuntan Salkovskis *et al.* (1991), las estrategias conductuales pueden seguir siendo los medios más eficaces para realizar la modificación cognitiva. Además, la evaluación del cambio se limita normalmente a la frecuencia del pánico. Como se ha señalado en los estudios que evalúan el reentrenamiento de la respiración, se requiere un examen más completo sobre el grado en que las estrategias fundamentalmente cognitivas reducen la vigilancia atencional hacia los síntomas de activación, el nivel de activación crónica y la anticipación de la recurrencia del pánico.

La exposición interoceptiva. El propósito de la exposición interoceptiva, lo mismo que el caso de la exposición a los estímulos fóbicos externos, consiste en romper o debilitar la asociación entre las señales corporales específicas y las reacciones de pánico. La base teórica de la exposición interoceptiva es la extinción del temor, teniendo en cuenta el planteamiento de los ataques de pánico como alarmas aprendidas o "condicionadas" ante determinadas señales corporales (Barlow, 1988). La exposición interoceptiva se lleva a cabo por medio de procedimientos que provocan de forma fiable sensaciones similares a las del pánico, como ejercicios cardiovasculares, inhalaciones de dióxido de carbono, girar en una silla y la hiperventilación. La exposición se lleva a cabo utilizando un formato graduado. En unos primeros estudios, Bonn, Harrison y Rees (1971) y Haslam (1974) observaron una disminución de la reactividad con infusiones repetidas del lactato de sodio (una droga que produce sensaciones corporales similares a las del pánico, lo mismo que hacen otras sustancias químicas como la cafeína y la yohimbina). Sin embargo, no se evaluó el pánico en estas investigaciones. Más recientemente, Griez y Van den Hout (1986) compararon seis sesiones de inhalaciones graduadas de dióxido de carbono frente a un tratamiento de propanolol (un betabloqueador, elegido porque suprimía los síntomas provocados por inhalaciones de dióxido de carbono), llevados a cabo a lo largo de dos semanas. Ese tratamiento de inhalación dio como resultado una disminución de 12 a 4 ataques de pánico, lo que era superior a los resultados con propanolol. Además, dicho tratamiento de inhalación produjo reducciones significativamente mayores en el temor a las sensaciones corporales. Una evaluación realizada a los seis meses de seguimiento reflejaba el mantenimiento de los beneficios del tratamiento, aunque no se indicó la frecuencia de los ataques de pánico.

En el primer estudio controlado sobre tratamiento conductual para el trastorno por pánico, Barlow *et al.* (1989) compararon las siguientes cuatro condiciones: RMP aplicada; exposición interoceptiva más reentrenamiento de la respiración y reestructuración cognitiva; su combinación; y una lista de espera como grupo control. La exposición interoceptiva conllevaba exposiciones repetidas

utilizando técnicas de inducción, como la hiperventilación forzada, el girar en una silla y el esfuerzo cardiovascular. Las dos condiciones que incluían la exposición interoceptiva y la reestructuración cognitiva eran significativamente superiores a las condiciones de la RMP aplicada y de lista de espera, en términos de la frecuencia de los ataques de pánico. El 87% de los dos primeros grupos de tratamiento se encontraba libre de ataques de pánico en el postratamiento. Klosko *et al.* (1990), utilizando el enfoque de tratamiento combinado descrito por Barlow *et al.* (1989), informaron de tasas similares de éxito. Además, los resultados del estudio de Barlow *et al.* (1989) se mantuvieron a lo largo de 24 meses después de haber terminado el tratamiento en el grupo que recibió la exposición interoceptiva y la reestructuración cognitiva sin la RMP, mientras que el grupo combinado tendía a deteriorarse durante el seguimiento (Craske, Brown y Barlow, 1991). Este estudio demuestra la superioridad de la exposición interoceptiva y los procedimientos cognitivos, a corto y largo plazo, para el control de los ataques de pánico. Sin embargo, la RMP era tan eficaz como la exposición y las estrategias cognitivas para la reducción de la ansiedad general. Además, sólo el 50% de cada condición de tratamiento se clasificó con un elevado nivel de funcionamiento. Es decir, a pesar de la eliminación del pánico, una importante proporción de sujetos continuaba experimentando ansiedad, malestar y/o interferencias en el funcionamiento. Medidas más específicas sobre la vigilancia atencional hacia los síntomas de la activación o sobre la anticipación de la reaparición del pánico podrían haber identificado las fuentes del continuo malestar. En un informe reciente, Telch *et al.* (1993) informaron acerca de elevadas tasas de éxito en un enfoque de tratamiento en grupo que utilizó la terapia cognitiva y la exposición interoceptiva. Después de 12 sesiones de tratamiento, el 64% logró un elevado nivel de funcionamiento en el postratamiento, al igual que sucedió con el 63% en el seguimiento de seis meses.

IV. EL PROTOCOLO DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Esquema general. El protocolo siguiente se desarrolló en el Center for Stress and Anxiety Disorders (Craske, Rapee y Barlow, 1988) y se encuentra disponible como un detallado manual de tratamiento (Barlow y Craske, 1989). En los protocolos de investigación, el tratamiento normalmente se lleva a cabo en 11 sesiones individuales de una hora, aunque también se ha realizado en formato de grupo. Las sesiones se programan una vez a la semana, aunque también es posible un tratamiento diario intensivo.

El objetivo del protocolo de tratamiento consiste en influir directamente sobre el aspecto cognitivo, de interpretación errónea, de la ansiedad y los ataques de pánico, sobre la respuesta de hiperventilación y sobre las reacciones condicionadas a las señales físicas. Esto se hace, primero, proporcionando información precisa sobre la naturaleza de los aspectos fisiológicos de la respuesta de lucha/huida. En segundo lugar, se enseñan técnicas específicas para modificar las cogniciones, incluyendo la identificación y el cuestionamiento de las ideas erró-

neas. Más tarde, se proporciona información específica sobre los efectos de la hiperventilación y su papel en los ataques de pánico con una amplia práctica del reentrenamiento de la respiración. Finalmente, se lleva a cabo la exposición repetida a las señales internas temidas con el objetivo de "descondicionar" las reacciones de miedo.

IV.1. Sesión 1

Los objetivos de la primera sesión son describir la ansiedad, proporcionar una explicación y descripción del tratamiento, e insistir en la importancia del autorregistro y de la práctica en casa entre las sesiones de tratamiento. La terapia empieza con la identificación de los patrones de ansiedad y de las situaciones en las que es probable que ocurra la ansiedad y los ataques de pánico. Muchos pacientes tienen dificultades a la hora de identificar antecedentes específicos, contando que la ansiedad parece ocurrir casi continuamente. Se pone un énfasis especial en las señales internas que pueden desencadenar la ansiedad y el miedo, especialmente en las cogniciones negativas, en las imágenes catastróficas y en las sensaciones físicas.

Se enseña a los pacientes el modelo de los tres sistemas de respuesta para describir y comprender la ansiedad y el pánico, de modo que se formen un planteamiento alternativo no amenazante sobre la ansiedad y el pánico y un darse cuenta de uno mismo más objetivo. Se pide a los pacientes que describan los aspectos cognitivos, fisiológicos y conductuales de su modo de responder: que identifiquen lo que *sienten*, lo que *piensan* y lo que *hacen* cuando están ansiosos y cuando tienen ataques de pánico. Se ponen de manifiesto las diferencias entre los perfiles de respuesta de la ansiedad y del pánico. Por ejemplo, el componente cognitivo en la ansiedad general podría implicar las preocupaciones sobre acontecimientos futuros, mientras que el componente cognitivo en el pánico/miedo puede entrañar preocuparse sobre el peligro inminente; el componente conductual de la ansiedad general podría consistir en agitación y nerviosismo, mientras que este componente en el pánico/miedo puede implicar escape o evitación; el componente fisiológico en la ansiedad general podría conllevar tensión muscular, mientras que dicho componente en el pánico/miedo puede entrañar palpitations. Se describen también las interacciones entre los sistemas de respuesta (p. ej., la exacerbación de la activación fisiológica por las cogniciones de temor).

Luego, se informa a los pacientes que no es necesario entender las razones por las que empezaron a experimentar ataques de pánico para obtener beneficios del tratamiento, porque los factores implicados en el inicio no son necesariamente los mismos que están presentes en el mantenimiento de un problema. Sin embargo, el ataque de pánico inicial se considera como una manifestación de la ansiedad/estrés. Se exploran con el paciente los estímulos estresantes que rodearon el primer ataque de pánico, especialmente en términos de cómo han hecho que aumenten los niveles de activación fisiológica y cómo han favorecido determinados esquemas cognitivos con contenido de peligro.

La primera sesión termina con una explicación y una descripción del tratamiento completo. El trabajo para casa conlleva el autorregistro de cada ataque de pánico, incluyendo evaluaciones de la intensidad y de las señales desencadenantes, así como registros diarios de la depresión, de la ansiedad y de las preocupaciones sobre el pánico. Se pide a los pacientes que registren su miedo y su ansiedad bajo el formato de los tres sistemas de respuesta descrito en esta sesión.

IV.2. Sesión 2

Los objetivos de esta sesión son la descripción de la fisiología que subyace a la ansiedad y al pánico y los conceptos de la hipervigilancia y del condicionamiento interoceptivo. Se da a los pacientes un folleto detallado que resume la parte didáctica de la sesión.

Los principales conceptos que se cubren en esta fase educativa son: 1) el valor de supervivencia o la función protectora de la ansiedad y el pánico; 2) la base fisiológica de las distintas sensaciones experimentadas durante el pánico y la ansiedad, y 3) el papel de los temores específicos, aprendidos y mediados cognitivamente, sobre determinadas sensaciones corporales. Se explica el modelo de pánico que se describió anteriormente en el presente capítulo. Concretamente, se explica el concepto del condicionamiento interoceptivo para dar cuenta de los ataques de pánico que parecen ocurrir sin razones aparentes; se considera que esos ataques de pánico ocurren en respuesta a sensaciones físicas o señales internas muy sutiles.

Las tareas para casa consisten en continuar el desarrollo de un marco conceptual alternativo y de un "darse cuenta de uno mismo" objetivo *versus* subjetivo. Esto se logra por medio del autorregistro del pánico, teniendo en cuenta los principios indicados hasta esos momentos y volviendo a leer el folleto.

IV.3. Sesión 3

El objetivo principal de la tercera sesión es el entrenamiento corrector de la respiración. Se pide a los pacientes que hiperventilen voluntariamente permaneciendo de pie y respirando rápida y profundamente, como si trataran de inflar un globo, durante 1 a 1½ minutos. Se discute la experiencia en términos del grado en el que produce síntomas similares a los que ocurren de forma natural durante la ansiedad o el pánico. A menudo, la similitud de los síntomas se confunde con la similitud de la ansiedad. Debido a que el ejercicio se lleva a cabo en un entorno seguro y a que los síntomas tienen una causa obvia, la mayoría de los pacientes evalúan la experiencia como menos provocadora de ansiedad que si esos mismos síntomas hubieran ocurrido de modo natural. Es importante hacer esta distinción, ya que demuestra la importancia de las percepciones de seguridad con respecto al grado de ansiedad experimentado. Se discute la experiencia de hiperventilación en términos de los tres sistemas de respuesta, del papel de las evaluaciones erróneas y del condicionamiento interoceptivo descrito en la sesión anterior.

Luego, se educa a los pacientes sobre la base fisiológica de la hiperventilación. Al igual que sucedía en una sesión anterior, el objetivo de la presentación didáctica consiste en aclarar las interpretaciones erróneas sobre los peligros de la hiperventilación y proporcionar una base de información sobre la que apoyarse cuando se cuestionen activamente, conforme progresa la terapia, esas interpretaciones incorrectas.

El control de la respiración comienza enfatizando la implicación del músculo diafragmático *versus* la dependencia excesiva de los músculos del tórax. Además, se enseña a los pacientes a que se concentren en su respiración, contando sus inhalaciones y pensando en la palabra "relájate" durante las exhalaciones (la respiración lenta se introduce en la sesión siguiente). El terapeuta modela los patrones de respiración sugeridos y proporcionan retroalimentación correctora a los pacientes mientras practican en la clínica.

El control de la respiración es una habilidad que requiere una práctica considerable antes de que se pueda aplicar con éxito para controlar los episodios de una elevada ansiedad o de pánico. Además, las reacciones iniciales ante los ejercicios pueden ser negativas para los pacientes que temen las sensaciones respiratorias (ya que el ejercicio conlleva la concentración en la respiración) o para los pacientes que son hiperventiladores crónicos y en quienes la interrupción de los patrones de respiración aumenta inicialmente la sintomatología del exceso de respiración. En ambos casos, es aconsejable la práctica continuada, asegurando al paciente que sensaciones tales como la falta de aliento o el mareo no son dañinos.

Finalmente, se insiste en la integración de las técnicas de control de la respiración y de las estrategias cognitivas. En ocasiones, los pacientes contemplan erróneamente el control de la respiración como una forma de desembarazarse de los síntomas que los aterrorizan, cayendo así en la trampa de temer consecuencias terribles si no consiguen modificar su respiración. Las tareas para casa de esta sesión incluyen un autorregistro continuo y la práctica de la respiración diafragmática al menos dos veces al día, durante un mínimo de 10 minutos cada vez.

IV.4. Sesión 4

Los objetivos de esta sesión consisten en lograr el control de la respiración y comenzar con la reestructuración cognitiva activa. El terapeuta modela y luego proporciona retroalimentación correctora para enlentecer el ritmo de la respiración (de modo que un ciclo completo de inhalación y exhalación dure más de 6 segundos). Se enseña a los pacientes a que practiquen la respiración lenta en ambientes "seguros" o relajantes durante la siguiente semana. Se les desaconseja que apliquen la respiración lenta al control de la ansiedad hasta que sean muy expertos en su aplicación.

Se introduce la reestructuración cognitiva explicando que los errores en el pensamiento ocurren de forma natural durante los períodos de ansiedad elevada, preparando así al paciente para que consiga un "darse cuenta de uno mismo"

más objetivo y unas expectativas de que su pensamiento está distorsionado. Se explican los conceptos sobre pensamientos automáticos y predicciones concretas, con el fin de alentarle a que sea un astuto observador de sus propias autoverbalizaciones habituales en situaciones específicas. La identificación del pensamiento “me siento fatal — algo malo podría ocurrir” es insuficiente, no terapéutico, y podría servir para intensificar la ansiedad en virtud de su naturaleza global y no directiva. Por el contrario, el reconocimiento del pensamiento “tengo miedo de que si me pongo demasiado nervioso/a mientras conduzco pierda el control del volante, me salga de la carretera y me mate” permite un cuestionamiento muy constructivo para refutar el conjunto de suposiciones erróneas.

Se describen dos principales tipos de errores en las cogniciones. El primero es la *sobreestimación*, o el saltar a conclusiones negativas y tratar a los acontecimientos negativos como probables, cuando de hecho es muy poco seguro que ocurran. Se pide al paciente que identifique las sobreestimaciones durante los incidentes de ansiedad y pánico a lo largo de las dos últimas semanas: “Puedes recordar acontecimientos de los que estabas seguro que iban a suceder cuando te sentías ansioso, pero que al final te diste cuenta de que no ocurrieron en absoluto”.

Se exploran las razones por las que persisten las sobreestimaciones a pesar de la continua falta de confirmación. Normalmente, la ausencia de peligro se atribuye erróneamente a *conductas o señales de seguridad externas* (p. ej., “Lo conseguí sólo porque encontré ayuda a tiempo”, “Si no hubiera tomado Trankimazin la semana pasada cuando tuve un ataque de pánico en el supermercado, estoy seguro/a de que me hubiera desmayado” o “No lo habría conseguido si no me hubiera salido de la carretera a tiempo”), o a la suerte, en vez de darse cuenta de la falta de acierto de la predicción original. De igual manera, los pacientes pueden suponer erróneamente que la única razón por la que están todavía vivos, sanos, etc., es porque todavía no ha ocurrido el “gran ataque de pánico”. En este caso, se supone, erróneamente, que los ataques de pánico más intensos aumentan los riesgos de morir, de perder el control, etcétera.

El método para contrarrestar los errores de sobreestimación consiste en cuestionar las evidencias de los juicios de probabilidades. El formato general es tratar a los pensamientos como hipótesis o supuestos, en vez de como hechos, y examinar las evidencias de las predicciones, mientras se consideran otras predicciones alternativas, más realistas. La mejor forma de hacer esto es por medio de un estilo socrático, de modo que los pacientes examinen el contenido de sus afirmaciones y planteen alternativas. El cuestionar la lógica específica del paciente (p. ej., “De qué manera un corazón acelerado conduce a un ataque cardíaco”) o las bases a partir de las cuales se hacen los juicios (p. ej., información incorrecta proveniente de los demás, sensaciones poco habituales) son útiles a este respecto.

Las tareas para casa de esta sesión consisten en practicar el control de la respiración, registrar ejemplos de sobreestimación y refutar los errores del pensamiento cuestionando la probabilidad asignada y examinando las evidencias de forma más realista.

IV.5. Sesión 5

Los objetivos de esta sesión son la aplicación del control de la respiración, y la extensión de la reestructuración cognitiva al segundo tipo de error cognitivo, es decir, a la *catastrofización*. Se pide a los pacientes que practiquen el control de la respiración en ambientes que lo demandan, como estar sentados en el trabajo o mientras esperan en el coche durante un semáforo en rojo. Se les incita a que hagan, a menudo, “miniprácticas” durante el día.

Este segundo tipo de error cognitivo surge de la interpretación incorrecta de los acontecimientos como “peligrosos”, “insufribles” o “catastróficos”. Así, clases de errores catastróficos típicos son: “Si me desmayo la gente pensará que soy débil y eso será insoportable”, o “Los ataques de pánico son lo peor que me puedo imaginar” y “Toda la tarde estará estropeada si empiezo a ponerme ansioso”. La descatastrofización se refiere a darse cuenta de que los acontecimientos no son tan “catastróficos” como se planteaba, lo que se consigue si se considera cómo se afrontan los acontecimientos negativos en vez de centrarse en lo “malos” que son. Por ejemplo, en el caso de la persona que afirma que los juicios negativos provenientes de los demás son insoportables, es importante discutir qué haría si tuviera que afrontar el que otro individuo realizara un juicio negativo explícito. De igual manera, en el caso de la persona que afirma que los síntomas físicos del pánico son intolerables, la discusión se puede centrar en el afrontamiento de los síntomas y en resultados realistas basándose en experiencias anteriores.

La tarea para casa es el control de la respiración aplicado y la identificación y refutación de las sobreestimaciones y de los estilos catastróficos de pensamiento.

IV.6. Sesión 6

El objetivo principal de esta sesión es empezar con la exposición interoceptiva. La explicación de la exposición interoceptiva es muy importante para facilitar la generalización desde las prácticas que ocurren dentro de las sesiones a las experiencias cotidianas de la vida real. Se revisa el concepto de condicionamiento interoceptivo y se explora la forma en que la evitación de las sensaciones temidas sirve para mantener el temor. Puede que la evitación de las sensaciones físicas no sea obvio de manera inmediata para el paciente, aunque las actividades que se evitan normalmente por estas razones incluyen el ejercicio físico, las discusiones emocionales, las películas de suspense, los lugares llenos de vapor (p. ej., ducharse con las puertas y las ventanas cerradas), determinados alimentos y los estimulantes. El propósito de la exposición interoceptiva es provocar de forma repetida las sensaciones que se temen y debilitar el temor por medio de la habituación y el aprendizaje de que no ocurre ningún peligro real. Además, las provocaciones continuas permiten la práctica con las estrategias cognitivas y del control de la respiración. Como consecuencia se reduce el temor a las sensaciones físicas que tienen lugar de forma natural.

El procedimiento comienza evaluando la respuesta del paciente a una serie de ejercicios estandarizados. El terapeuta modela primero cada ejercicio. Luego, después de que el paciente ha terminado el ejercicio, se registran las sensaciones, el nivel de ansiedad (de 0 a 8), la intensidad de la sensación (de C a 8), y la similitud con las sensaciones de pánico que le ocurren habitualmente. Los ejercicios incluyen: mover la cabeza de un lado a otro durante 30 segundos; colocar la cabeza entre las piernas durante 30 segundos y levantar rápidamente la cabeza hasta ponerla recta; correr sobre el mismo sitio durante un minuto, manteniendo la respiración durante 30 segundos o durante tanto tiempo como pueda; tensión muscular de todo el cuerpo durante un minuto o mantener una posición para hacer flexiones tanto tiempo como le sea posible; dar vueltas en un sillón giratorio durante un minuto; hiperventilar durante un minuto; respirar a través de una paja estrecha (con los orificios nasales cerrados) durante dos minutos; y mirar fijamente a un punto de la pared o a la propia imagen en el espejo durante 90 segundos. Si ninguno de estos ejercicios produce sensaciones al menos moderadamente similares a las que tienen lugar de forma natural durante los ataques de pánico, se crean otros ejercicios adaptados al individuo. Por ejemplo, si la principal sensación temida es el dolor en el pecho, se puede provocar opresión en el pecho respirando profundamente antes de hiperventilar.

Si los pacientes informan de poco o ningún temor porque se sienten seguros en presencia del terapeuta, se les pide que intenten hacer los ejercicios ellos solos (el terapeuta se marcha de la sala) o en casa. Para una minoría de pacientes, el conocer el curso y la causa de las sensaciones domina la respuesta de temor. La mayoría de los pacientes temen al menos algunos de los ejercicios, a pesar de conocer la causa de las sensaciones y su controlabilidad.

Los ejercicios que producen sensaciones parecidas (puntuado con al menos un 3 en la escala de similitud de 0 a 8) a los ataques de pánico se seleccionan para una exposición repetida en la siguiente sesión. A partir de los ejercicios seleccionados, se establece una jerarquía según las puntuaciones en ansiedad. La tarea para casa incluye un registro cognitivo continuo y el cuestionamiento de los pensamientos.

IV.7. Sesión 7

El objetivo principal de esta sesión es llevar a cabo una exposición interoceptiva continua. Pero primero se repasa el control de la respiración. Se alienta a los pacientes a que apliquen desde ahora el control de la respiración en momentos de ansiedad o de sensaciones físicas desagradables. Se introduce también la comprobación de hipótesis para facilitar la reestructuración cognitiva. La comprobación de hipótesis implica la identificación de sobreestimaciones o de predicciones catastróficas sobre las situaciones con las que probablemente se encuentre en un futuro cercano. Se evalúa en esta sesión la probabilidad de que la predicción sea verdad. En la siguiente sesión, el paciente y el terapeuta examinan las evidencias que apoyen o refuten las predicciones que se hicieron la semana anterior. De este modo, el paciente obtiene pruebas más concretas de que pocas o ninguna de sus terribles predicciones se hicieron realidad.

Se emplea un enfoque graduado para la exposición interoceptiva, empezando con el ítem más bajo de la jerarquía establecida en la sesión anterior. En cada ensayo de exposición, se pide al paciente que empiece la inducción, que indique cuándo se comienzan a experimentar las sensaciones y que continúe con la inducción durante al menos 30 segundos más con el fin de evitar la tendencia a escapar de las sensaciones. Después de terminar la inducción, se evalúa la ansiedad y se aplican estrategias cognitivas y de control de la respiración. Finalmente, el terapeuta repasa la experiencia de inducción y la aplicación de las distintas estrategias de control junto con el paciente. Durante este repaso, el terapeuta insiste en la importancia de experimentar totalmente las sensaciones durante la inducción, de concentrarse objetivamente sobre las sensaciones en vez de tratar de distraerse de ellas, y la importancia de identificar cogniciones específicas y cuestionarlas teniendo en cuenta todas las evidencias. Además, el terapeuta plantea cuestiones clave para ayudar al paciente a darse cuenta de su seguridad (p. ej., "¿qué hubiera sucedido si hubieras continuado girando durante otros 60 segundos?") y para que generalice a las experiencias que ocurren de forma natural (p. ej., "¿en qué se diferencia de cuando te sientes mareado en el trabajo?"). En otras palabras, el cuestionamiento cognitivo amplía el reprocesamiento cognitivo que está ocurriendo como consecuencia de la exposición interoceptiva continua. Se repiten los ensayos las veces suficientes hasta que los niveles de ansiedad para un ejercicio determinado no sean superiores a 2 (o leves). Luego, se repite el procedimiento para el siguiente ejercicio de la jerarquía, progresando hacia arriba hasta que se terminan los ítems.

La práctica para casa es muy importante, ya que las señales de seguridad que están presentes en la clínica o que provienen de la presencia del terapeuta, pueden limitar la generalización al entorno natural. Se enseña a los pacientes a que practiquen diariamente en su casa los ítems interoceptivos de la sesión.

IV.8. Sesión 8

Los objetivos de esta sesión consisten en continuar con la comprobación de hipótesis y la exposición interoceptiva de la sesión anterior. Es especialmente importante revisar la práctica diaria de la exposición interoceptiva. Debería evaluarse la posibilidad de evitación; ésta puede darse a través de una clara falta de práctica, o de la evitación encubierta minimizando la intensidad o la duración de las sensaciones inducidas, o limitando las prácticas a los casos en que se encuentra presente una señal de seguridad (como una persona de su entorno cercano) o a las ocasiones en que el paciente no se siente ansioso. Las razones para la evitación incluyen las interpretaciones erróneas continuas de los peligros de las sensaciones corporales (p. ej., "no quiero hiperventilar porque tengo miedo de no ser capaz de detener el respirar rápidamente y nadie a mi alrededor me ayudará") o la interpretación incorrecta de que los niveles de ansiedad disminuirán con la repetición del ejercicio. Las motivaciones de la evitación se abordan mejor cognitivamente, utilizando los principios descritos en las sesiones anteriores. La tarea para casa de esta sesión consiste en continuar avanzando en la jerarquía

de exposición interoceptiva, en la comprobación de hipótesis y en la reestructuración cognitiva cuando se encuentre ansioso.

IV.9. Sesión 9

El objetivo principal de esta sesión consiste en ampliar la exposición interoceptiva a tareas de la vida real. Además, se continúa con la reestructuración cognitiva por medio de la comprobación de hipótesis y se registran y cuestionan las cogniciones negativas cuando aumenta la ansiedad.

La exposición interoceptiva en la vida real trata de la exposición a tareas o actividades diarias que se han evitado o soportado con temor a causa de las sensaciones asociadas. Ejemplos típicos incluyen el ejercicio aeróbico o la actividad física vigorosa, subir corriendo las escaleras, ingerir alimentos que crean una sensación de estar lleno o que están asociados con las sensaciones de ahogarse, levantarse rápidamente desde la posición de estar sentados, saunas o duchas con mucho vapor, conducir con las ventanas subidas y la calefacción encendida, el consumo de cafeína, etc. (Estos ejercicios se pueden modificar, por supuesto, en el caso de complicaciones médicas reales, como el asma o la presión sanguínea elevada.) Se construye una jerarquía a partir de una lista de actividades temidas habitualmente y se generan ítems específicos a la propia experiencia del individuo. Cada ítem se ordena en función de su nivel de ansiedad. Se enseña a los pacientes a que identifiquen cogniciones desadaptativas y ensayen la reestructuración cognitiva antes de empezar con cada actividad. El ensayo dentro de la sesión de la preparación cognitiva permite al terapeuta proporcionar retroalimentación correctora. Es importante identificar y eliminar (gradualmente, si es necesario) las señales de seguridad o las conductas de protección, como teléfonos portátiles, amuletos de la suerte y el estar cerca de centros médicos. Se pide a los pacientes que practiquen dos ítems de la jerarquía al menos tres veces cada uno, antes de la siguiente sesión de tratamiento, programada para dentro de dos semanas.

IV.10. Sesiones 10-11

Las sesiones 10-11 repasan las prácticas de la exposición interoceptiva en la vida real y comprueban las estrategias de registro cognitivo y de control de la respiración. Estas dos últimas sesiones se programan cada dos semanas con el fin de mejorar la generalización desde el lugar de tratamiento. La última sesión de tratamiento repasa todos los principios y habilidades aprendidas y proporciona a los pacientes un patrón de técnicas de afrontamiento para futuras situaciones potenciales de alto riesgo.

V. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

Los procedimientos de reestructuración cognitiva, reentrenamiento de la respiración, relajación aplicada y exposición interoceptiva han demostrado que pueden controlar los ataques de pánico en la mayoría de los individuos, arrojando resultados que duran más de dos años en el seguimiento realizado una vez finalizado el tratamiento. Sin embargo, incluso aunque terminen los ataques de pánico, un porcentaje importante puede seguir experimentando ansiedad o malestar. Teniendo en cuenta la relativa falta de medidas de los resultados basadas en constructos (p. ej., medición de la vigilancia atencional para los síntomas de activación y anticipación de la reaparición del pánico), no se ha evaluado completamente la naturaleza de esa ansiedad. Igualmente, varios estudios han mostrado que la evitación agorafóbica puede continuar a pesar de la desaparición de los ataques de pánico (Clark *et al.*, 1985; Craske *et al.*, 1991; Salkovskis *et al.*, 1991), lo que sugiere que el tratamiento más eficaz combina procedimientos para el control del pánico con procedimientos para el control de la agorafobia.

Está por verse todavía si las estrategias para el control del pánico, tales como la exposición interoceptiva, mejoran la eficacia de la exposición en vivo para la agorafobia. Algunas investigaciones sugieren que los métodos para el control del pánico pueden minimizar la recaída después del tratamiento de la exposición en vivo. Lógicamente, el control del pánico podría disminuir los abandonos y mejorar también la reducción de la evitación agorafóbica. El efecto combinado de las estrategias del control del pánico y de la exposición en vivo se encuentra actualmente bajo estudio en varios centros de investigación clínica.

Otra área que necesita investigarse es la combinación del tratamiento cognitivo-conductual para el pánico con la farmacoterapia. La mayoría de los estudios que se han realizado hasta la fecha han examinado la combinación de las terapias farmacológicas y la exposición en vivo para la agorafobia (p. ej., Marks *et al.*, 1983; Mavissakalian y Michelson, 1986; Mavissakalian, Michelson y Dealy, 1983; Zitrin, Klein y Woerner, 1980; Zitrin *et al.*, 1983; Telch *et al.*, 1985). Se encuentra actualmente en marcha un amplio proyecto de colaboración (Barlow, Gorman, Shear y Woods) para investigar los efectos únicos y combinados de la imipramina y los procedimientos cognitivos/de exposición para los ataques de pánico en individuos sin niveles importantes de evitación agorafóbica.

Finalmente, se tienen todavía que identificar las diferencias individuales que pueden obstaculizar el éxito del tratamiento cognitivo-conductual para los ataques de pánico. Por ejemplo, las características de personalidad, la depresión grave y/o el consumo de sustancias psicoactivas (todos los cuales son trastornos de una relativa comorbilidad con el trastorno por pánico) necesitan de más investigación como obstáculos potenciales para el éxito del tratamiento.

REFERENCIAS

- Acierno, R. E., Hersen, M. y Van Hasselt, V. B. (1993). Interventions for panic disorder: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review, 13*, 561-578.
- Alneas, R. y Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 178*, 693-698.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Antony, M., Brown, T. A., Craske, M. G., Barlow, D. H., Mitchell, W. B. y Meadows, E. (1995). Accuracy of heart beat perception in panic disorder, social phobic, and non-anxious subjects. *Journal of Anxiety Disorders, 9*, 355-371.
- Arnou, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S. y Telch, M. J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy, 16*, 452-467.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research, 1*, 77-98.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Cohen, A., Waddell, M., Vermilyea, J., Klosko, J., Blanchard, E. y Dinardo, P. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy, 15*, 431-449.
- Barlow, D. H. y Craske, M. G. (1989). *Mastery of your anxiety and panic*. Albany, NY: Graywind.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy, 20*, 261-282.
- Beck, A. T. (1988). Cognitive approaches to panic disorder: Theory and therapy. En S. Rachman y J. D. Maser (dirs.), *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bonn, J. A., Harrison, J. y Rees, W. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic application. *British Journal of Psychiatry, 119*, 468-470.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Bright, P. y 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.
- Chambless, D. L. y Renneberg, B. (septiembre, 1988). Personality disorders of agoraphobics. Comunicación presentada en el World Congress of Behavior Therapy, Edimburgo, Escocia.
- Clark, D., Salkovskis, P. y Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 16*, 23-30.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., Hackmann, A., Middleton, H. y Jeavons, A. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. En I. Hand y H. Wittchen (dirs.), *Panic and phobias II*. Berlín: Springer-Verlag.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. y Gelder, M. (1993). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation, and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 62*, 1-10.
- Craske, M. G. (1991). Phobic fear and panic attacks: The same emotional state triggered by different cues? *Clinical Psychology Review, 11*, 599-620.
- Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review, 8*, 667-685.

- Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy, 22*, 289-304.
- Craske, M. G. y Freed, S. (1995). Expectations about arousal and nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 567-575.
- Craske, M. G., Glover, D. y DeCola, J. (1995). Predicted versus unpredicted attacks: Acute versus general distress. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 214-223.
- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R. y Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 395-400.
- Craske, M. G., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1988). *Manual for panic control treatment*. Manuscrito sin publicar.
- Craske, M. G., Street, L. y Barlow, D. H. (1989). Instructions to focus upon or distract from internal cues during exposure treatment for agoraphobic avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 663-672.
- Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L. y Slymen, D. J. (1983). A family study of panic disorder. *Archives of General Psychiatry, 40*, 1065-1069.
- DeRuiter, C., Rijken, H., Garssen, B. y Kraaimaat, F. (1989). Breathing retraining, exposure and a combination of both, in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 647-656.
- Ehlers, A. y Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. En P. M. G. Emmelkamp (dir.), *Anxiety disorders: Annual series of European research in behavior therapy*, vol. 4. Amsterdam: Swets.
- Garssen, B., DeRuiter, C. y Van Dyck, R. (1992). Breathing retraining: A rational placebo. *Clinical Psychology Review, 12*, 141-154.
- Gitlin, B., Martin, M., Shear, K., Frances, A., Ball, G. y Josephson, S. (1985). Behavior therapy for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*, 742-743.
- Griez, E. y Van den Hout, M. A. (1986). CO₂ inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 145-150.
- Haslam, M. T. (1974). The relationship between the effect of lactate infusion on anxiety states and their amelioration by carbon dioxide inhalation. *British Journal of Psychiatry, 125*, 88-90.
- Holt, P. y Andrews, G. (1989). Hyperventilation and anxiety in panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 453-460.
- Klosko, J. S., Barlow, D. H., Tassinari, R. y Cerny, J. A. (1990). A comparison of alprazolam and behavior therapy in treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 77-84.
- Kraft, A. R. y Hoogduin, C. A. (1984). The hyperventilation syndrome: A pilot study of the effectiveness of treatment. *British Journal of Psychiatry, 145*, 538-542.
- Ley, R. (1991). The efficacy of breathing retraining and the centrality of hyperventilation in panic disorder: A reinterpretation of experimental findings. *Behavior Research and Therapy, 29*, 301-304.
- Maller, R. G. y Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 241-247.
- Margraf, J., Gobel, M. y Schneider, S. (septiembre, 1989). Comparative efficacy of cognitive, exposure, and combined treatments for panic disorder. Comunicación presentada en la reunión anual de la European Association for Behavior Therapy, Viena.

- Markowitz, J. S., Weissman, M. M., Ouellette, R., Lish, J. D. y Klerman, G. L. (1989). Quality of life in panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 46, 984-992.
- Marks, I., Grey, S., Cohen, S. D., Hill, R., Mawson, D., Ramm, E. y Stern, R. (1983). Imipramine and brief therapist-aided exposure in agoraphobics having self-exposure homework: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 40, 153-162.
- Mavissakalian, M. y Hamman, M. (1986). *DSM-III* personality disorder in agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 471-479.
- Mavissakalian, M. y Michelson, L. (1986). Two-year follow-up of exposure and imipramine treatment of agoraphobia. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1106-1112.
- Mavissakalian, M., Michelson, L. y Dealy, R. (1983). Pharmacological treatment of agoraphobia: Imipramine versus imipramine with programmed practice. *British Journal of Psychiatry*, 143, 348-355.
- McNally, R. y Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 3-11.
- Michelson, L., Marchione, K., Geenwald, M., Glanz, L., Testa, S. y Marchione, N. (1990). Panic disorder: Cognitive-behavioral treatment. *Behavior Research and Therapy*, 28, 141-151.
- Michelson, L., Mavissakalian, M. y Marchione, K. (1985). Cognitive-behavioral treatments of agoraphobia: Clinical, behavioral, and psychophysiological outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 913-925.
- Moran, C. y Andrews, G. (1985). The familial occurrence of agoraphobia. *British Journal of Psychiatry*, 146, 262-267.
- Myers, J., Weissman, M., Tischler, C., Holzer, C., Orvaschel, H., Anthony, J., Boyd, J., Burke, J., Kramer, M. y Stoltz, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- National Institute of Mental Health (1993). *Understanding panic disorder*. Washington, D. C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M. y Chaudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 227-232.
- Noyes, R., Reich, J., Suelzer, M. y Christiansen, J. (1991). Personality traits associated with panic disorder: Change associated with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 282-294.
- Öst, L.-G. (1988). Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13-22.
- Pollard, C. A., Bronson, S. S. y Kenney, M. R. (1989). Prevalence of agoraphobia without panic in clinical settings. *American Journal of Psychiatry*, 146, 559.
- Rapee, R. M. (1985). A case of panic disorder treated with breathing retraining. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 63-65.
- Rapee, R. M., Mattick, R. y Murrell, E. (1986). Cognitive mediation in the affective component of spontaneous panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 245-253.
- Rapee, R. M., Telfer, L. y Barlow, D. H. (1991). The role of safety cues in mediating the response to inhalations of CO₂ in agoraphobics. *Behavior Research and Therapy*, 29, 353-356.
- Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current soviet psychophysiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review*, 68, 81-147.
- Reich, J., Noyes, R. y Troughton, E. (1987). Dependent personality disorder associated

- with phobic avoidance in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 144, 323-326.
- Rice, K. M. y Blanchard, E. B. (1982). Biofeedback in the treatment of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 2, 557-577.
- Rupert, P. A., Dobbins, K. y Mathew, R. J. (1981). EMG biofeedback and relaxation instructions in the treatment of chronic anxiety. *American Journal of Clinical Biofeedback*, 4, 52-61.
- Salkovskis, P., Clark, D. y Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161-166.
- Salkovskis, P., Warwick, H., Clark, D. y Wessels, D. (1986). A demonstration of acute hyperventilation during naturally occurring panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 91-94.
- Sanderson, W. S., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1989). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 48, 157-162.
- Sanderson, W. S., DiNardo, P. A., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a *DSM-III*-Revised anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Sartory, G. y Olajide, D. (1988). Vagal innervation techniques in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 431-434.
- Shear, M. K., Ball, G., Fitzpatrick, M., Josephson, S., Klosko, J. y Francis, A. (1991). Cognitive-behavioral therapy for panic: An open study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 467-471.
- Stern, R. S. y Marks, I. M. (1973). Brief and prolonged flooding: A comparison of agoraphobic patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 270-276.
- Swanson, R. (1986). Reply to Kleiner. *The Behavior Therapist*, 9, 110-128.
- Telch, M. J., Agras, W. S., Taylor, C. B., Roth, W. T. y Gallen, C. (1985). Combined pharmacological and behavioral treatment for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 505-527.
- Telch, M. J., Lucas, J. A. y Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 300-306.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., LaNae Jaimez, T. y Lucas, R. A. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 279-288.
- Thyer, B. A., Himle, J., Curtis, G. C., Cameron, O. G. y Nesse, R. M. (1985). A comparison of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 208-214.
- Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1085-1089.
- Van den Hout, M. A., Van der Molen, G. M., Griez, E. y Lousberg, H. (1987). Specificity of interoceptive fear to panic disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 99-109.
- Waddell, M. T., Barlow, D. H. y O'Brien, G. T. (1984). A preliminary investigation of cognitive and relaxation treatment of panic disorder: Effects on intense anxiety vs. "background" anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 393-402.
- Wolpe, J. y Rowan, V. (1988). Panic disorder: A product of classical conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 441-450.
- Zarate, R., Rapee, R. M., Craske, M. G. y Barlow, D. H. (1988, noviembre). Response

- norms for symptom induction procedures. Comunicación presentada en la 22nd Annual AABT convention, Nueva York.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F. y Woerner, M. G. (1980). Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Archives of General Psychiatry*, 37, 63-72.
- Zitrin, C. M., Klein, D. F., Woerner, M. G. y Ross, D. C. (1983). Treatment of phobias I. Comparison of imipramine hydrochloride and placebo. *Archives of General Psychiatry*, 40, 125-138.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A. y Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261-282.
- Barlow, D. H., Brown, T. A. y Craske, M. G. (1994). Definition of panic attacks and panic disorder in the *DSM-IV*: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553-564.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Craske, M. G., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289-304.
- Pastor, C. y Sevillá, J. (1995). *Tratamiento psicológico del pánico-agorafobia*. Valencia: Centro de Terapia de Conducta.

5. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LAS OBSESIONES

MARK H. FREESTON y ROBERT LADOUCEUR

I. INTRODUCCIÓN

Hasta mediados de los años ochenta y la publicación del *Ecological catchment area survey* (Myers *et al.*, 1984; Robins *et al.*, 1984) y de otros amplios estudios en la población, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) se consideraba un trastorno raro, con estimaciones del orden del 0,05% (véase Rasmussen y Eisen, 1992). Además, aunque algunos pacientes han manifestado que sufren de "rumiaciones", de "obsesiones puras" y de fenómenos similares en los que no se encuentran presentes compulsiones manifiestas (p. ej., Rachman, 1971, 1976), este tipo se ha considerado tradicionalmente poco frecuente entre los pacientes con un TOC, estimándose en un 20-25% de todos los casos de este trastorno (Emmelkamp, 1982; Marks, 1987; Rachman, 1985). Incluso algo más importante, se cree que esta variante del TOC es muy resistente al tratamiento (véanse Beech y Vaughn, 1978; Greist, 1990; Jenike y Rauch, 1994; Foa, Steketee y Oza-row, 1985).

Durante los últimos diez años se ha producido un número importante de avances. En primer lugar, datos provenientes de Estados Unidos (Karno *et al.*, 1988) y, recientemente, de un estudio epidemiológico transcultural en seis países, han mostrado que el TOC es mucho más prevalente que lo que se había pensado antes: estimaciones recientes colocan la prevalencia del TOC a un año entre el 1,1 y el 1,8% y a lo largo de la vida entre el 1,9 y el 2,5% (Weissman *et al.*, 1994). En segundo lugar, estos mismos autores informan que la proporción de casos de TOC sin compulsiones (es decir, que sólo relatan obsesiones) puede llegar hasta el 50-60%, aunque la entrevista estructurada empleada en esos estudios puede ayudar a incluir un exceso de obsesiones. En tercer lugar, Salkovskis (1985), trabajando en las tempranas descripciones, análisis y recomendaciones para el tratamiento propuestas por Rachman y colaboradores (Rachman, 1971, 1976, 1978; Rachman y De Silva, 1978; Rachman y Hodgson, 1980) para los trastornos obsesivos, proporcionó un amplio modelo de los pensamientos obsesivos y bosquejó un enfoque de tratamiento (Salkovskis y Westbrook, 1989). En cuarto lugar, ha aparecido en la literatura una serie de informes de caso y de estudios de caso único que describen el tratamiento con éxito de las obsesiones por medio de alguna forma de exposición (Headland y McDonald, 1987; Himle y Thyer, 1989; Hoogduin, De Haan, Schaap y Arts, 1987; Ladouceur *et al.*, 1993, 1995; Martin y Tarrier, 1992; Moergen *et al.*, 1987; Milby, Meredith y Rice, 1981; Salkovskis, 1983; Salkovskis y Westbrook, 1989). Estos hallazgos

han cambiado el estatus de las obsesiones puras de ser una variante rara del TOC, resistente al tratamiento, a ser una forma relativamente frecuente con interesantes posibilidades de tratamiento.

II. CUESTIONES DIAGNÓSTICAS

II.1. Diagnóstico diferencial

Los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994) para el TOC conservan muchas de las características clásicas del TOC que se han descrito en la literatura psicopatológica. El TOC puede diagnosticarse por la presencia de obsesiones o de compulsiones. Hay varios cambios importantes con respecto al *DSM-III-R* (APA, 1987). En primer lugar, las obsesiones se definen ahora como «pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan, al menos en algún momento mientras dura el trastorno, como invasores e inapropiados y provocan malestar o ansiedad en un grado importante» (p. 422). La palabra «sin sentido» se ha sustituido por «inapropiado» y el criterio de «inicialmente» se ha reemplazado por «en algún momento». En segundo lugar, las obsesiones «no son simples preocupaciones excesivas sobre los problemas de la vida real», intentando distinguir de esta manera el TOC del trastorno por ansiedad generalizada (véase Dugas y Ladouceur, cap. 7 de este volumen). Al igual que sucedía anteriormente, aunque no es necesario que estén presentes las compulsiones para hacer un diagnóstico de TOC, se requiere que «la persona trate de ignorar o suprimir esos pensamientos o impulsos o de neutralizarlos con algún pensamiento o acción». El requerimiento de que los pensamientos se vean como de procedencia interna sigue inalterado. Una tercera mejora es que la definición de las compulsiones incluye explícitamente actos mentales: las compulsiones son «conductas repetitivas [...] o actos mentales [...] que la persona se siente impulsada a realizar en respuesta a una obsesión o según reglas que se tienen que aplicar rígidamente» cuyo «objetivo es evitar o reducir el malestar o algún objeto o situación temidos; sin embargo, estas conductas o actos mentales no están conectados de forma realista con lo que se intenta neutralizar o evitar, o son claramente excesivos» (p. 423). Finalmente, una precisión importante es que el grado de introspección del sujeto se reconoce como muy variable: «En algún momento durante el curso del trastorno la persona ha reconocido que las obsesiones o las compulsiones son excesivas o poco razonables. Nota: esto no se aplica a los niños» (p. 423). De hecho, se define un subtipo del TOC, el tipo con poca introspección, cuando ésta no existe en el episodio actual.

II.2. Comorbilidad

Antes de comenzar el tratamiento es importante establecer que el trastorno obsesivo no está complicado por la existencia de otros trastornos del Eje I o del

Eje II: es normal esperar un cierto grado de comorbilidad. El reciente estudio epidemiológico transcultural mostró unas tasas de comorbilidad a lo largo de la vida del 27% para la depresión mayor y del 52% para otro trastorno por ansiedad (Weissman *et al.*, 1994) y las cifras pueden ser incluso más elevadas en muestras clínicas, especialmente para la depresión mayor (véase Rasmussen y Eisen, 1992). En algunos casos, la terapia cognitivo-conductual de los pensamientos obsesivos debería demorarse o incluso podría estar contraindicada. Por ejemplo, en el caso de un trastorno por pánico o un trastorno por estrés post-traumático comórbidos, podría estar indicado el tratamiento de los trastornos comórbidos en primer lugar, ya que la exposición eficaz a los estímulos de la obsesión podría ser difícil. De igual manera, la depresión grave puede requerir tratamiento antes de intervenir sobre los pensamientos obsesivos (véanse también Steketee, 1993; Riggs y Foa, 1993). El abuso de sustancias psicoactivas o los trastornos psicóticos comórbidos presentan problemas especiales de tratamiento y pudiera estar contraindicado el intervenir en los pensamientos obsesivos con técnicas cognitivo-conductuales. No hay cifras disponibles para los trastornos de personalidad entre este subgrupo de pacientes, aunque once estudios que han realizado una evaluación sistemática de los trastornos de personalidad según el *DSM-III* y el *DSM-III-R*, han informado que una mediana del 52% de pacientes con un TOC tienen uno o más trastornos de personalidad (véanse también Molnar *et al.*, 1993; Steketee, 1993). Las características de personalidad pueden interferir con el tratamiento, especialmente los rasgos esquizotípicos, que pueden contribuir a una escasa introspección, y las características del trastorno límite, que pudieran evitar la exposición (Steketee, 1993).

III. UN MODELO CLÍNICO DE LOS PENSAMIENTOS OBSESIVOS

El modelo que se va a presentar seguidamente (Freeston y Ladouceur, 1994a) es una síntesis de modelos cognitivo-conductuales anteriores (p. ej., Rachman y Hodgson, 1980; Salkovskis, 1985) y de nuestra propia experiencia clínica y de investigación con obsesiones sin compulsiones manifiestas.

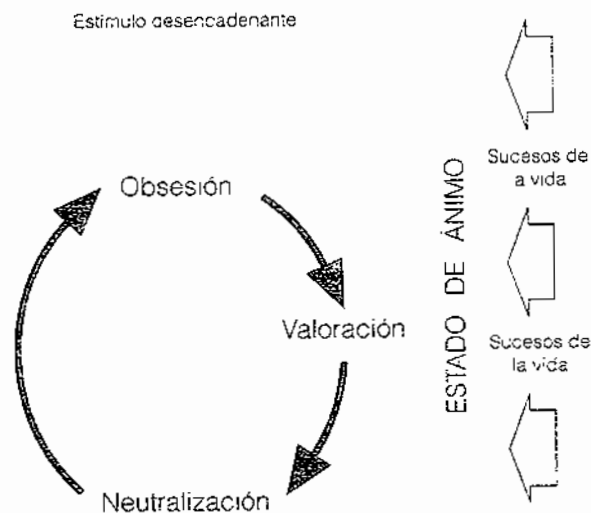
III.1. Las obsesiones

Los contenidos informados por los pacientes se refieren habitualmente a la agresión y pérdida de control, a hacer daño, a la negligencia, a ser poco honrado, a los accidentes, a la sexualidad, a la religión, a la contaminación y a las enfermedades. Sin embargo, en ocasiones se dan obsesiones que se refieren a pequeñas ambigüedades de la vida diaria (p. ej., ¿pisé justo en la hendidura, o lo hice un poco antes o un poco después?), preguntas existenciales (p. ej., ¿cuándo entra el alma en el cuerpo?) o pensamientos aparentemente neutrales. En la mayoría de los casos, el individuo reconoce generalmente los aspectos egodistónicos e irracionales de su contenido. Pero en algunos casos, los pacientes no están

convencidos de que los pensamientos sean irracionales (véase Kozak y Foa, 1994, para una discusión). Conforme progresa el tratamiento, los pacientes reconocen gradualmente los aspectos inapropiados, poco realistas, del pensamiento.

Las explicaciones actuales del TOC están de acuerdo generalmente en que el contenido de los pensamientos como tal es menos importante que el significado que el paciente les atribuye. De este modo, las obsesiones se conceptualizan como un estímulo interno que está sujeto a un procesamiento posterior. Pueden ocurrir espontáneamente o ser desencadenadas por estímulos internos o externos. Los estímulos internos incluyen sensaciones físicas, estados emocionales y acontecimientos cognitivos, mientras que los estímulos externos incluyen objetos, situaciones y personas (véase la figura 5.1).

FIGURA 5.1. Modelo cognitivo-conductual para los pensamientos invasores



III.2. La valoración y la percepción de la amenaza

En línea con otros modelos de la ansiedad (p. ej., Beck y Emery, 1985; Clark, 1986), la valoración es un proceso por medio del cual el individuo asigna un significado al pensamiento en términos de su valor, su importancia o sus implicaciones. Si el pensamiento se valora adecuadamente (p. ej., «éste es un pensamiento raro pero no significa nada»), de modo que el individuo trate al mismo como un suceso cognitivo que no tiene necesariamente unos referentes en la vida real, entonces se considera que el pensamiento tiene poca importancia, no

posee ningún valor especial o no conlleva implicaciones personales especiales. Por otra parte, si el pensamiento se valora de manera inadecuada, de manera que se le asignen implicaciones negativas para el individuo (p. ej., «este pensamiento puede significar que realmente vaya a atacar a alguien»), entonces tendrá lugar algún tipo de procesamiento posterior. De este modo, por medio del proceso de valoración, un elemento invasor adquirirá un significado personal y, en caso de valoración negativa, tendrá como consecuencia la percepción de amenaza.

III.3. Rituales cognitivos, afrontamiento y neutralización

Creemos firmemente que la clave del tratamiento cognitivo-conductual de los pensamientos obsesivos por medio de la exposición y de la prevención de la respuesta consiste en comprender la neutralización. Históricamente, los rituales cognitivos se han definido normalmente de una forma bastante limitada. Por ejemplo, «un ritual cognitivo se define como un acto mental que se lleva a cabo de una manera específica y que consiste en una serie de pasos concretos» (Turner y Beidel, 1988, p. 3). Rachman y De Silva (1978) distinguieron entre *neutralización* y *mecanismo de afrontamiento*. El primero, que se refiere a «intentos de poner las cosas en orden» (Rachman, 1976), consiste en actos que intentan escapar de, o evitar, la obsesión. La neutralización en este sentido limitado se refiere a cualquier acto que pueda «enmendar, neutralizar, reparar, corregir, prevenir o restaurar» (Rachman y Hodgson, 1980, p. 273). Las estrategias de afrontamiento no se definieron, pero se dieron algunos ejemplos: el decir «basta», el distraerse contando, cantando o rezando, la evitación física y la búsqueda de elementos tranquilizadores se incluyeron también entre los mecanismos de afrontamiento. Hemos llevado a cabo un amplio programa de estudios sobre qué hacen los sujetos normales y los pacientes con sus obsesiones y pensamientos invasores utilizando cuestionarios y entrevistas estructuradas (Freeston *et al.*, 1991a, 1991b, 1992; Freeston y Ladouceur, 1994b; Freeston *et al.*, 1995). El panorama general que se obtiene de estos estudios podría resumirse como sigue:

1. La mayoría de los individuos utilizan una serie de respuestas diferentes ante los pensamientos invasores, incluyendo no hacer nada, alguna forma de autotranquilizarse, elaborar el pensamiento, buscar elementos tranquilizadores, sustituir el pensamiento por otro, realizar una acción mental o específica para eliminar el pensamiento, emplear una actividad distractora, distraerse con aspectos del entorno y detener el pensamiento. Pueden utilizar diferentes estrategias con distintos pensamientos o con un pensamiento determinado.
2. La elección de la respuesta depende de una variedad de factores, como el pensamiento concreto, su valoración, su contexto situacional, otras estrategias y el estado de ánimo.
3. Ninguna estrategia es siempre más eficaz que otra, aunque estrategias específicas pueden ser relativamente eficaces para determinados individuos. Algunas personas indican de una gran variabilidad en la eficacia de una estrategia concreta.

4. Aunque muchos pacientes obsesivos informaron emplear actividades que satisfacen la limitada definición de la neutralización y los rituales cognitivos expuestos anteriormente, todos ellos empleaban un amplio rango de estrategias de afrontamiento para vérselas con sus pensamientos.

Basándonos en este conocimiento, hemos adoptado una definición muy amplia de la neutralización que engloba rituales cognitivos, intentos de poner orden y estrategias de afrontamiento. La *neutralización* se define como algo voluntario y que requiere esfuerzo, cuyo objetivo es eliminar, evitar o atenuar el pensamiento. De este modo, es posible que muchas formas de neutralización no satisfagan la definición del *DSM-IV* (APA, 1994) de la compulsión cognitiva, ya que puede que no sea repetitiva, ni «impulse a actuar [...] o siga unas reglas» (p. 423). Esto no evita un diagnóstico de TOC, ya que las distintas formas de neutralización son intentos para ignorar, suprimir o neutralizar pensamientos, tal como lo estipulan los criterios del *DSM-IV* para las obsesiones.

III.4. Estado de ánimo y acontecimientos de la vida

Se considera que el estado de ánimo juega un papel modulador en el trastorno obsesivo-compulsivo (véase Freeston y Ladouceur, 1994a). De modo específico, se postula que los estados de ánimo negativos, 1) aumentan la frecuencia y duración de las obsesiones (Rachman, 1981), 2) aumentan la posibilidad de valoraciones inadecuadas, probabilidades subjetivas infladas, consecuencias extremas, etc., mientras disminuyen la posibilidad de valoraciones adecuadas (Freeston y Ladouceur, 1994c), 3) disminuyen la eficacia de la neutralización (Freeston *et al.*, 1995), 4) aumentan la hipervigilancia ante estímulos desencadenantes (Mathews, 1990), y 5) disminuyen la motivación o la capacidad para llevar a cabo las estrategias aprendidas durante la terapia.

Aunque acontecimientos importantes de la vida pueden estar asociados con la aparición de un TOC o con el inicio del episodio actual (McKeon, Bridget y Mann, 1984; Khanna, Rajendra y Channabasavana, 1988), se piensa que los pequeños problemas cotidianos son responsables de las típicas fluctuaciones implicadas en los niveles sintomáticos (Freeston y Ladouceur, 1994c; Rasmussen y Eisen, 1991). Estos problemas cotidianos pueden verse como desencadenantes indirectos asociados al empeoramiento de los síntomas y entre los que con más frecuencia afectan a los pacientes se encuentran el ser criticado, estar enfermo, descanso insuficiente, dormir poco, temor al rechazo, problemas para tomar decisiones, incapaz de relajarse, errores tontos, demasiada responsabilidad, enfermedad de un familiar, ruidos, perder cosas, obligaciones sociales, pensar sobre el futuro, visitas inesperadas, demasiadas cosas que hacer, no tener tiempo suficiente, conflictos y, para las mujeres, problemas de la menstruación (Freeston y Ladouceur, 1994c).

IV. EVALUACIÓN

La terapia cognitivo-conductual con éxito depende de un análisis conductual preciso. Los instrumentos siguientes han demostrado su utilidad en la evaluación de los pensamientos obsesivos:

Psicopatología general. La «Escala para las obsesiones compulsiones, de Yale-Brown» (*Yale-Brown obsessive-compulsive scale*) (Goodman *et al.*, 1989a, 1989b) es una escala de evaluación clínica que se ha utilizado ampliamente en comparaciones recientes de los métodos cognitivos, conductuales y farmacológicos de terapia. La lista de síntomas que precede a dicha escala es especialmente útil para proporcionar un panorama general de la sintomatología obsesivo-compulsiva actual y anterior. La subescala sobre obsesiones y los ítems de evaluación general son también útiles para evaluar la gravedad actual del TOC, aunque puede que la subescala sobre compulsiones no sea siempre tan fácil de aplicar a las estrategias de neutralización.

Para el TOC en general y para los síntomas asociados en particular, se recomiendan también tres instrumentos de autoinforme. El «Inventario de Padua» (*Padua inventory*, Sanavio, 1988) es un amplio inventario de 60 ítems sobre la sintomatología obsesivo-compulsiva con cuatro subescalas: «Pérdida de control mental», «Contaminación», «Comprobación», e «Impulsos y preocupaciones sobre la pérdida de control». Existe también una versión abreviada de 40 ítems (Freeston *et al.*, 1994). El «Inventario de depresión, de Beck» (*Beck depression inventory*) y el «Inventario de ansiedad, de Beck» (*Beck anxiety inventory*) (Beck *et al.*, 1988; Beck *et al.*, 1979) son medidas breves y útiles de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Diario de autorregistro. Los diarios de autorregistro que utilizamos evalúan el malestar asociado a los pensamientos, a la frecuencia y a la duración total de los mismos sobre una escala de 9 puntos en cuadernos adaptados de Marks y colaboradores (Marks *et al.*, 1980). El malestar es la variable más sencilla de comparar entre sujetos por dos razones principales. En primer lugar, la frecuencia o la duración del pensamiento son difíciles de comparar entre sujetos: algunos pueden informar de sólo dos o tres pensamientos por día, pero pasan dos horas dándole vueltas a cada pensamiento, mientras que otros sujetos informan de cientos de breves «ráfagas» que duran unos pocos segundos como mucho. En segundo lugar, la literatura sobre los pensamientos invasores (véase Freeston *et al.*, 1991a) ha establecido que esos pensamientos invasores de tipo obsesivo constituyen una experiencia casi universal que varía ampliamente en frecuencia y duración. De este modo, una respuesta normal (p. ej., una reducción del malestar) ante las obsesiones parece una variable con que considerar los resultados más obvia hasta que se establezcan parámetros claros para la frecuencia y la duración. Es importante asegurarse de que los pacientes utilizan las escalas de forma realista, de modo que la puntuación máxima se defina como lo peor de los síntomas durante el último mes y no lo peor de toda la vida.

Evaluación cognitiva. El «Cuestionario de invasiones cognitivas» (*Cognitive intrusions questionnaire*) (CIQ, Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993) es una medida muy específica de las características formales del pensamiento más problemático, de las reacciones al pensamiento y de las valoraciones del mismo. El CIQ identifica primero el pensamiento obsesivo de interés, que luego se evalúa con base en una serie de ítems empleando escalas tipo Likert de 9 puntos: frecuencia, preocupación, tristeza, dificultad para eliminarlo, culpa, probabilidad, desaprobación, responsabilidad percibida, desencadenantes, evitación de los estímulos desencadenantes, esfuerzo para contrarrestar el pensamiento, alivio después de contrarrestarlo y éxito en eliminar el pensamiento. Los pacientes indican luego si el pensamiento invasor tomó la forma de una idea, una imagen, un impulso, una duda o un pensamiento. Señalan también qué estrategias (entre diez) emplean para contrarrestar el pensamiento cuando ocurre. Hemos utilizado el CIQ ampliamente con muestras clínicas y no clínicas y ha mostrado una fiabilidad y una validez adecuadas (Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993).

La «Entrevista estructurada sobre neutralización» (*Structured interview on neutralization*) (Freeston *et al.*, 1995) evalúa estrategias empleadas para contrarrestar el pensamiento más problemático identificado en el CIQ como el pensamiento de interés (Freeston *et al.*, 1991a; Freeston y Ladouceur, 1993). Se pide a los sujetos que formen el pensamiento claramente al inicio de la entrevista. El entrevistador utiliza entonces 10 preguntas de exploración para provocar ejemplos de estrategias. Se continúa con preguntas más específicas hasta que se obtienen descripciones operacionales y se buscan más ejemplos similares. Una vez que se ha establecido el repertorio, se analiza cada estrategia según los parámetros siguientes: contexto específico donde se utiliza, secuencia específica, probabilidad de que el pensamiento se convierta en realidad, intensidad del elemento invasor, estado de ánimo, intensidad del estado de ánimo, eficacia inmediata de la estrategia y número de veces que se repite la estrategia. La probabilidad, la intensidad del pensamiento, la intensidad del estado de ánimo y la eficacia se evalúan por medio de una escala tipo Likert de cinco puntos (0, *nada en absoluto*, hasta 4, *muy elevada*).

El «Inventario de creencias sobre las obsesiones» (*Inventory of beliefs related to obsessions*) (IBRO, Freeston *et al.*, 1993) es una medida de creencias disfuncionales relativas a los pensamientos obsesivos, compuesta por 20 ítems, que hemos desarrollado y validado secuencialmente sobre seis muestras independientes. El IBRO es fiable (test-retest, $r = 0,70$; alfa de Cronbach = 0,82). La validez de criterio (grupos conocidos) se ha demostrado comparando pacientes clínicos con grupos control y sujetos muy perturbados por los pensamientos invasores con sujetos menos perturbados. El análisis factorial reveló factores que medían responsabilidad, elevada estimación de la amenaza e intolerancia ante la incertidumbre.

Además de calcular las puntuaciones totales de los instrumentos de evaluación, es importante continuar con preguntas específicas sobre los síntomas, las valoraciones y las creencias. Se debería explorar los ítems con puntuaciones extremas o puntuaciones inesperadamente altas o bajas (p. ej., cuando un determi-

nado ítem está en desacuerdo con los datos de la entrevista o con la hipótesis de trabajo del clínico) con el fin de enterarse de qué quiere decir el paciente con la puntuación.

V. TRATAMIENTO

Los tratamientos actuales más eficaces son distintas variaciones de los métodos de exposición descritos originalmente por Rachman y colaboradores, como el entrenamiento en saciación o el entrenamiento en habituación. Aunque hay varios estudios de caso y algunos diseños de caso único (Headland y McDonald, 1987; Himle y Thyer, 1989; Hoogduin *et al.*, 1987; Ladouceur *et al.*, 1993, 1995; Martin y Tarrier, 1992; Moergen *et al.*, 1987; Milby, Meredith y Rice, 1981; Salkovskis, 1983; Salkovskis y Westbrook, 1989), en el momento de escribir esto sólo hay un estudio que incluya un grupo control de lista de espera (Ladouceur *et al.*, 1994a). El paquete de tratamiento que se presenta seguidamente fue evaluado sistemáticamente con 28 pacientes. En total, hemos tratado más de 45 pacientes con estos métodos.

V.1. Características del tratamiento

El objetivo del tratamiento consiste en cambiar el conocimiento del paciente sobre las obsesiones, evitar la neutralización y permitir, así, que los pacientes se habitúen con los pensamientos obsesivos. La frecuencia y la duración de los pensamientos y el malestar causado por ellos disminuirá consecuentemente. Los objetivos específicos son:

1. Proporcionar una explicación adecuada de las obsesiones.
2. Hacer que el paciente entienda el papel de la neutralización en el mantenimiento de los pensamientos obsesivos.
3. Preparar al paciente para la exposición a los pensamientos y a las situaciones que desencadenan las obsesiones.
4. Corregir cuando sea necesario la sobreestimación del poder y de la importancia de los pensamientos.
5. Exponer al paciente a los pensamientos y poner en práctica la prevención de la respuesta (es decir, neutralizar la actividad neutralizadora).
6. Corregir, cuando se encuentre presente, la exageración de las consecuencias de temor específicas asociadas al pensamiento.
7. Corregir, cuando esté presente, el perfeccionismo y la responsabilidad excesiva.
8. Hacer que el paciente se dé cuenta de las situaciones en las que es más vulnerable a la recaída.
9. Preparar las estrategias a utilizar cuando ocurra la recaída.

El programa está estandarizado recibiendo cada paciente todos los componentes del tratamiento. Se encuentra también individualizado, ya que el tipo de exposición, los objetivos de la prevención de la respuesta y de la corrección cognitiva variarán según las características de cada paciente. El formato que empleamos para llevar a cabo el tratamiento se basaba en sesiones de una hora y media durante los primeros dos tercios de la terapia. Había normalmente de tres a cuatro sesiones de evaluación seguidas por dos sesiones de tratamiento a la semana hasta que se dominase la exposición a los pensamientos objetivo y la prevención de la respuesta, disminuyendo la duración y la frecuencia de las sesiones en la última fase y produciéndose un desvanecimiento o atenuación gradual de las ayudas de tratamiento. Los pacientes reciben normalmente de cuatro a cinco meses de tratamiento incluyendo cerca de tres meses con dos sesiones a la semana.

V.2. Sesiones de evaluación

Una vez que se ha establecido el diagnóstico, la evaluación normalmente se realiza durante tres sesiones por lo menos. La primera aborda generalmente los principales síntomas que caracterizan a los pensamientos obsesivos, las respuestas de neutralización, las situaciones que se evitan, etc. Puede ser útil aquí la «Escala para las obsesiones y compulsiones de Yale-Brown» y el *BDI*, el *BAI* y el «Inventario de Padua» pueden entregarse como tareas para casa con el fin de completar un visión global de los síntomas principales y asociados. La segunda sesión puede emplearse para recoger la historia general, como la aparición y el curso del trastorno, el tratamiento anterior (psicológico o farmacológico), las exacerbaciones debidas al estrés, el funcionamiento social y el conocimiento sobre el TOC. Los cuestionarios cognitivos (*CIQ*, *IBRO*) pueden entregarse como tareas para casa. La tercera sesión puede centrarse en las estrategias utilizadas y en algunos aspectos de la valoración.

V.3. El autorregistro

Se debería introducir el autorregistro tan pronto como fuera posible; por ejemplo, cuando se hubieran identificado los síntomas pertinentes. Algunos pacientes son aprensivos con respecto al autorregistro, creen que sus obsesiones aumentarán y, entonces, se preocupan más. Es importante informar al paciente que esto no ocurre muy a menudo y que existen numerosas ventajas en el autorregistro para la aplicación con éxito del tratamiento. Por ejemplo, el autorregistro permite que el paciente y el terapeuta descubran elementos que pueden estar modulando la variabilidad y la gravedad de los síntomas (p. ej., fluctuaciones asociadas al ciclo menstrual en las mujeres) y, en último término, ayudar en la prevención de las recaídas. Además, permite que el paciente y el terapeuta sepan cuándo está funcionando la terapia y por qué, y cuándo no lo está haciendo y por qué no. Es muy importante trabajar conjuntamente con el paciente en las

sesiones posteriores hasta que el autorregistro se presente como válido y significativo.

V.4. La primera sesión de intervención

En todas las sesiones, lo que el terapeuta hace en primer lugar es plantear el programa de la sesión, verificar el autorregistro y cualquier otra tarea que se le haya asignado al paciente. El repasar los informes de las tareas para casa aumenta la información disponible para el terapeuta y muestra también la importancia de las tareas asignadas. La primera sesión tiene dos objetivos principales: 1) establecer el contrato terapéutico y 2) proporcionar el modelo de los pensamientos obsesivos que se empleará a lo largo del tratamiento.

V.4.1. Establecimiento del contrato terapéutico

El terapeuta expresa que está listo para explicar totalmente cada paso del tratamiento y para contestar todas las preguntas pertinentes. Se anima a los pacientes a que hagan preguntas, de modo que cada tarea pueda realizarse con éxito. El terapeuta explica que el objetivo de cada ejercicio será identificado por el terapeuta y por el paciente conjuntamente. Cuando los pacientes lo entienden, pueden participar activamente en el proceso y adoptar un enfoque de solución de problemas. Los pacientes se implican de forma activa en todas las decisiones, como, por ejemplo, los objetivos para la exposición, tienen que indicar si piensan que son capaces de realizar el ejercicio y sugerir cambios con el fin de hacer el ejercicio más relevante personalmente. El terapeuta animará insistentemente al paciente para que realice los ejercicios, pero nunca le forzará a que haga las cosas contra su propia voluntad, sino que le recordará los acuerdos existentes. El terapeuta buscará la retroalimentación del paciente. Éste debe informar con honradez si los ejercicios se han llevado a cabo o no, con el fin de hacer ajustes sobre cualquier dificultad que pueda haber surgido.

V.4.2. El establecimiento de un modelo

El modelo que se presenta al paciente se adapta según la sofisticación de éste. En todos los casos, el modelo se ilustra con las propias obsesiones, valoraciones, creencias, estrategias de valoración, etc., del paciente.

El primer paso consiste en proporcionar una explicación de los pensamientos invasores:

Pensamientos desagradables pasan por la cabeza de las personas contra su voluntad en el 99% de la población. Hemos estudiado estos pensamientos en más de dos mil (2 000) personas de todas las edades y ocupaciones y hemos encontrado algunos contenidos comunes. Habitualmente se refieren a la sexualidad, a la religión, al daño, a la enfermedad, a la contaminación, a la agresión, a los errores, a la falta

de honradez, pero también incluyen el orden, la simetría y pequeños detalles sin importancia. Los pensamientos a menudo parecen salir de ninguna parte, aunque pueden ser provocados por estímulos desencadenantes específicos. Por ejemplo, pensamientos sobre hacer daño a la gente pueden ser desencadenados por un cuchillo grande, etcétera.

En este punto, el terapeuta entrega al paciente una lista de pensamientos obtenida con la población general y le invita a que la lea. Luego, el terapeuta ayuda al paciente a que haga la conexión entre sus propios pensamientos y los de la población en general. Hay suficientes ejemplos en la lista proveniente de la población normal para incluir todos los temas importantes relatados por los pacientes. El objetivo es establecer que el contenido de los pensamientos no difiere entre el informado por los pacientes y el encontrado en la población general.

Hay muy pocas diferencias en el contenido de los pensamientos entre la población general y la gente que acude a consulta a causa de sus pensamientos obsesivos. Las diferencias yacen en la frecuencia de los pensamientos, su duración, el malestar producido, la importancia que la persona da a los mismos y el esfuerzo empleado por el sujeto para vérselas con ellos. Los pensamientos invasores extraños constituyen una experiencia normal que en cerca del 2% de la población se convierten en problemáticos y entonces se les denomina obsesiones. Como es normal tener algunos pensamientos desagradables, el objetivo de la terapia no es eliminar esos pensamientos, porque esto te haría diferente a los demás. El objetivo es cambiar tus reacciones a los pensamientos modificando la importancia concedida a los mismos, cambiando las estrategias que empleas. Luego disminuirán la frecuencia y la duración de los pensamientos junto con el malestar que producen. Los pensamientos se harán mucho menos frecuentes y menos molestos y serás capaz de vértelas con ellos cuando en ocasiones pasen por tu cabeza.

En este punto, los pacientes preguntan a menudo, «¿Por qué tengo este tipo de pensamientos?». En estos momentos, no poseemos desgraciadamente respuestas totalmente convincentes a esta pregunta. Sin embargo, una explicación que se ha mostrado satisfactoria con los pacientes es la siguiente:

Necesitamos de la capacidad de tener pensamientos espontáneos con el fin de ser capaces de resolver problemas y ser creativos. De esta forma, podemos saber como actuar en una nueva situación o imaginar ideas nuevas o inventar algo nuevo. Necesitamos un generador de pensamientos que pueda darnos nuevas ideas. Sin embargo, este productor de pensamientos puede generar también otros tipos de ellos y creemos que estos pensamientos desagradables provienen igualmente del generador de ideas. Tenemos también una capacidad para reaccionar al peligro, de forma útil, y para anticipar el mismo. El sistema de detención del peligro existe para protegernos: éste es el papel de la ansiedad. Por una serie de razones diferentes, el generador de ideas y el sistema de detección del peligro parecen estar asociados más fuertemente en algunas personas. Este sistema parece reaccionar en exceso actuando como si hubiera un tigre esperando en la esquina, cuando, de hecho, lo que hay es un gatito. De modo que cuando el generador de ideas y el sistema de detección del peligro reaccionan conjuntamente en exceso se producen las obsesiones. Cualquiera que sea la razón exacta, podemos aprender a que el generador de ideas y el sistema de detección del peligro reaccionen de forma más apropiada, de manera

que persistan las características útiles, mientras que los rasgos superactivos asociados con las obsesiones disminuyan notablemente.

El paso siguiente del modelo se refiere a la importancia que la persona concede a los pensamientos. Aunque esto se denomina técnicamente *valoración*, nuestra experiencia con los pacientes sugiere que la "importancia dada a los pensamientos" es un término más accesible, insistiendo en el papel activo del paciente en la valoración.

La razón por la que el mismo tipo de pensamientos desagradables causa molestias considerables en algunas personas, pero no en otras, se debe a cómo interpreta la persona los pensamientos o cuánta importancia les concede. No es una coincidencia que veamos obsesiones de daño entre gente educada, obsesiones religiosas entre personas religiosas, obsesiones sobre la sexualidad entre gente con una gran moralidad y pensamientos sobre errores entre gente cuidadosa: cuanto más importante es algo, peor parece ser el pensamiento negativo sobre ello.

El paso siguiente del modelo se refiere a la idea de la neutralización.

Cuando alguien concede mucha importancia a los pensamientos, bien sea a su presencia o a su contenido, y concluye que el pensamiento es negativo, peligroso, inaceptable, etc., entonces es normal querer eliminarlo, controlarlo o solucionarlo de una u otra manera. Para darte un ejemplo, haremos un pequeño experimento. Cierra los ojos e intenta pensar en un camello durante 2 minutos. Cada vez que el camello desaparezca de tu cabeza, indícalo levantando un dedo. (El terapeuta registra el número de veces que el paciente pierde el pensamiento.) ¿Cómo fue? ¿Fue fácil mantener el camello en la cabeza? Ahora cambiaremos las cosas. Cierra los ojos e intenta no pensar en el camello durante 2 minutos. Levanta el dedo cada vez que aparezca el pensamiento. (El terapeuta registra el número de veces que el paciente no controla el pensamiento.) ¿Qué sucedió? ¿Fue difícil mantener el pensamiento alejado? ¿Qué te enseñan estos experimentos sobre intentar controlar tus pensamientos?

En todos los casos que hemos visto, tanto con sujetos clínicos como con sujetos no clínicos, es difícil mantener el pensamiento presente y ¡totalmente imposible! mantener el pensamiento alejado. El terapeuta invita al paciente a que comente el experimento y le lleva a que concluya que nuestro control mental, incluso con imágenes o ideas que no tienen un significado importante para nosotros, está muy lejos de ser perfecto. Algo incluso más importante es que, cuanto más intentamos no pensar sobre algo, más frecuentemente nos viene el pensamiento a la cabeza. Puede ser útil sugerir al paciente que intente el mismo experimento con alguien que no tenga obsesiones. La mayoría de los pacientes de forma espontánea establecen la conexión entre este experimento y sus propias obsesiones. El terapeuta puede entonces definir formalmente la neutralización.

Todas las estrategias, que al principio pueden ser muy lógicas, se convierten al final en parte del problema. Todos los esfuerzos para controlar, para eliminar o para evitar los pensamientos son formas de lo que denominamos neutralización. (Se añaden

den al modelo ejemplos específicos del repertorio del paciente obtenidos durante la entrevista estructurada.) ¿Cuántas estrategias diferentes has intentado? ¿Cuántas han funcionado? ¿Cuántas funcionan siempre?

Ya se ha planteado el modelo básico y puede afirmarse lo siguiente:

Puede pensarse en las obsesiones como un círculo vicioso en el que los pensamientos pueden desencadenarse por estímulos u ocurrir espontáneamente. Concedes una notable importancia a los pensamientos, intentas eliminarlos o controlarlos y, lo mismo que sucedía con el efecto camello, retornan de nuevo.

En este punto, se plantea la distinción básica entre los aspectos voluntarios e involuntarios del modelo. Los pensamientos obsesivos y el “efecto camello” se consideran involuntarios, mientras que la importancia concedida a los pensamientos y la neutralización se consideran voluntarios. Con un poco de ayuda, el paciente llega a establecer que los dos aspectos voluntarios del modelo, es decir la importancia dada a los pensamientos y las estrategias de neutralización, son los elementos donde la modificación es posible.

Se invita al paciente a que resuma los principales puntos del modelo como tarea para casa. Se le pide que observe las clases de interpretación o la importancia dada a los pensamientos.

v.5. La segunda y la tercera sesión

El objetivo de la segunda sesión de tratamiento consiste en comprobar que se entiende el modelo, se añade cualquier detalle que falte y se prepara al paciente para la exposición y la prevención de la respuesta.

v.5.1. El papel de la ansiedad

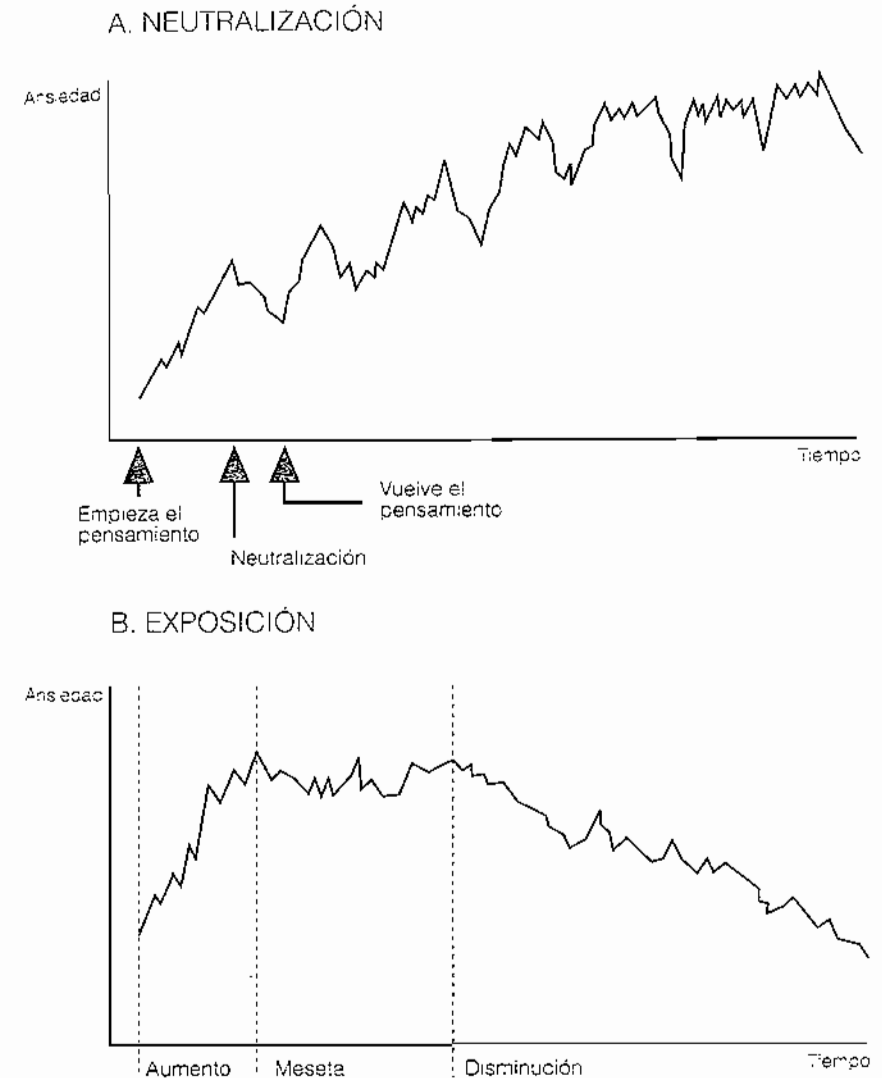
El terapeuta explica el papel de la ansiedad (o de otras emociones negativas experimentadas por el paciente, como el malestar, la frustración, el estrés o la tensión) siguiendo el modelo.

Cuando se da una gran importancia al pensamiento en términos de peligro o daño, es habitual que aumente la ansiedad. Ésta es una experiencia desagradable y es normal que la gente intente hacer algo con el pensamiento para disminuir la ansiedad. La neutralización conduce a menudo, aunque no siempre, a una disminución temporal y parcial de la ansiedad. Como produce cierto alivio, la reducción del malestar aumenta la probabilidad de que se produzca de nuevo la neutralización (por medio del refuerzo negativo). Además, conforme la ansiedad empeora, la frecuencia del pensamiento aumenta.

Aunque es normal querer evitar o reducir la ansiedad, la neutralización conlleva que, debido al “efecto camello”, retorne el pensamiento. No sólo se experimentará la ansiedad otra vez, sino que debido a la sensación de perder el control, empeorará a menudo en cada nueva ocasión. Se parece un poco a jugar al Monopoly: ¡cada vez que pasas por la salida obtienes 20 000 pta más!

El terapeuta puede mostrar entonces una curva de ansiedad para la neutralización y compararla con una curva de habituación (figura 5.2).

FIGURA 5.2. Ansiedad asociada con las obsesiones



Observa cómo aumenta la ansiedad después del pensamiento obsesivo y cómo disminuye parcialmente después de la neutralización, para aumentar de nuevo (aún más) con el pensamiento siguiente. Por otra parte, hay una curva de habituación natural para la ansiedad que entraña una primera fase de aumento de la ansiedad, una segunda fase de meseta y, finalmente, una tercera fase de disminución. Este tipo de curva se ha estudiado en miles de personas con todo tipo de ansiedad, incluyendo la ansiedad asociada a las obsesiones. De modo que, si empleamos la neutralización, nunca aprenderemos que la ansiedad disminuirá por sí misma, incluso si no hacemos nada.

V.5.2. La evitación

Aunque en la mayoría de los casos la neutralización significa hacer algo para vérselas con los pensamientos, algunos pacientes siempre y muchos pacientes algunas veces emplean también la evitación pasiva para intentar controlar los pensamientos. La evitación, al añadir más importancia a los pensamientos, mantiene las obsesiones al aumentar el rango de estímulos potenciales. La evitación impide que el paciente aprenda que la ansiedad provocada por los pensamientos o por estímulos disminuirá, incluso cuando se enfrente al estímulo.

V.5.3. Búsqueda de elementos tranquilizadores

La búsqueda de elementos tranquilizadores se considera otra forma de neutralización. Puede ser necesario establecer explícitamente la conexión entre ciertas características de dicha búsqueda y las de otras formas de neutralización, como pueden ser, por ejemplo, el efecto temporal, la necesidad de repetir la demanda y la variabilidad de la eficacia de los elementos tranquilizadores.

V.5.4. La exposición

Ahora que se ha establecido completamente el modelo y se ha ilustrado con ejemplos del propio repertorio de pensamientos, interpretaciones y estrategias del paciente, se plantea que para romper el círculo vicioso es necesario aprender a tolerar los pensamientos. Esto implica pensar de forma deliberada en el pensamiento (exposición) sin emplear la neutralización (prevención de la respuesta). Cuando se logre esto, la ansiedad disminuirá, la importancia dada al pensamiento se reducirá, cualquier consecuencia temida sucederá o no con, exactamente, la misma probabilidad que antes, y los pensamientos disminuirán gradualmente en intensidad, duración y frecuencia.

Se debe recordar que los pacientes buscan normalmente otro truco, otra estrategia o una forma nueva de eliminar las obsesiones cuando acuden a terapia. Así, podría parecer que la exposición y la prevención de la respuesta van en contra de la intuición. En este momento, puede ser útil emplear un ejemplo para ilustrar el principio de exposición. Por ejemplo, ¿cómo ayudaría el paciente a un

niño a superar el miedo (p. ej., a los perros) o cómo superó el paciente un temor en el pasado? Se puede introducir también la idea de la exposición progresiva. El método descrito por el paciente puede reformularse en términos relativos a la exposición. Entonces, el terapeuta puede presentar a las obsesiones como si se tuviese una fobia a las propias ideas y donde se pueden aplicar los mismos métodos de tratamiento.

La razón principal para utilizar una casete de cinta continua (como las que emplean muchos contestadores automáticos) en la exposición es que proporciona al terapeuta cierta capacidad para manipular un acontecimiento encubierto: los pensamientos obsesivos son mucho menos predecibles que las fuentes de contaminación o que los estímulos asociados con la conducta de comprobación, encontrados en las formas más frecuentes de TOC. La presentación regular del pensamiento por medio de una de esas cintas permite al paciente que practique de forma constante la prevención de la respuesta. Las sesiones con una exposición duradera son más fáciles con dichas cintas que con otras técnicas que requieren ensayos repetidos en la imaginación, que hable en voz alta, etc. No decimos que esa casete de cinta continua sea esencial, ni tampoco que sea necesariamente la mejor forma de actuar: la presentación verbal del pensamiento puede interferir, bajo algunas circunstancias, con una formación satisfactoria de la imagen. Sin embargo, pensamos que la cinta continua proporciona un medio práctico, eficaz, de entrenar al paciente en la exposición y en la prevención de la respuesta para los acontecimientos encubiertos. Conforme el paciente domina la exposición y la prevención de la respuesta, la grabación no siempre será necesaria para los ítems superiores de la jerarquía. Cuando hay varios pensamientos, se puede poner como primer objetivo el pensamiento que provoca menos ansiedad (ver cuadro 5.1).

CUADRO 5.1. *Jerarquía para pensamientos diferentes*

Nivel de ansiedad	Pensamientos
2	Decir palabrotas en voz alta
3	Empujar a alguien cuando se va andando por la calle
5	Pegar un puñetazo a alguien en la cara
7	Atacar a alguien con un cuchillo
8	Volverse completamente loco, comportarse violentamente y matar a mucha gente

Sin embargo, si hay un pensamiento principal, puede que no sea posible disponer de una serie de elementos de exposición ordenados jerárquicamente en función del contenido. En este caso, lo que variará será el contexto de la exposición:

- Con el terapeuta en la clínica (nivel de ansiedad, 3);
- Con el terapeuta en la clínica, con un cuchillo y una foto del hijo (nivel de ansiedad, 4);

- Con el terapeuta en casa (nivel de ansiedad, 5);
- Sola en casa (nivel de ansiedad, 7); y finalmente,
- Sola en casa con el hijo presente (nivel de ansiedad, 8).

La construcción de jerarquías puede requerir cierta creatividad, pero el empleo de un aparato de casetes tipo *walkman* facilitará la exposición a contextos físicos específicos. No tenemos pruebas de que la exposición gradual sea superior a la exposición directa al pensamiento más ansiógeno. Sin embargo, teniendo en cuenta la naturaleza encubierta de las obsesiones y de la mayoría de las estrategias de neutralización, a menudo es difícil conseguir inicialmente la exposición funcional. Así que, desde un punto de vista puramente práctico, puede ser aconsejable empezar con pensamientos o contextos menos amenazantes hasta que se hayan dominado totalmente las técnicas de exposición y de prevención de la respuesta.

Una vez que se haya identificado conjuntamente entre el paciente y el terapeuta el primer objetivo, este último pide al paciente que describa el pensamiento con detalle. El terapeuta hace preguntas hasta que se obtengan detalles suficientes, como, por ejemplo, los colores, las palabras, la textura, los sonidos y los olores concretos, las reacciones cognitivas y emocionales a los pensamientos y, en general, cualquier respuesta física. Luego, el terapeuta pide al paciente que escriba el pensamiento con tanto detalle como le sea posible. Estamos de acuerdo con otros autores (p. ej., Riggs y Foa, 1993; Steketee, 1993) que no es necesario exagerar y añadir más consecuencias. Sin embargo, pensamos que es necesario que los pacientes se expongan ellos mismos tanto tiempo como se mantengan las consecuencias temidas. Por ejemplo, si el resultado final de una obsesión a hacer daño es ser arrestado, ser llevado a juicio y ser recluido para el resto de su vida en una institución mental, es importante que el sujeto se exponga hasta este último punto. Puede ser desagradable para los terapeutas escuchar las escenas terroríficas relatadas por los pacientes y las perturbadoras reacciones que pueden tener lugar durante la exposición. La técnica es eficaz cuando se lleva a cabo adecuadamente y la incomodidad del terapeuta disminuirá también con la habituación después de varias experiencias con la técnica.

Un ejemplo del texto para la exposición al segundo pensamiento del caso anterior podría ser:

Voy andando por la calle. Veo a una anciana que va caminando hacia mí. Parece frágil e indefensa. De repente, me viene el pensamiento, «¿Qué sucedería si pierdo el control y la empujo?» Mi estómago se tensa, las manos me sudan y tengo dificultades para respirar. La anciana se encuentra ya mucho más cerca. Cierro los puños y intento por mantener el control. Ella llega a mi altura y comienzo a sentir pánico. Pasa rápidamente a mi lado y yo sigo andando. Me pregunto si la empujé. La duda empieza a aumentar. La veo tirada en el suelo con los huesos rotos. Llega la ambulancia. Me siento horrible, soy un asesino y me condenarán.

El texto puede ser muy breve o tratarse de una escena muy elaborada. El terapeuta se asegura de que no se incluya ningún elemento neutralizador (es decir, ningún factor que disminuya la ansiedad) en la secuencia. Luego, el terapeuta lee

el pensamiento en voz alta al paciente, de modo que éste puede ver si falta algún aspecto. Entonces, el paciente lee el pensamiento en voz alta con el fin de que el terapeuta pueda calcular el texto para escoger una cinta de suficiente duración y también para asegurarse de que el pensamiento se lea con la expresión adecuada, a un ritmo apropiado y haciendo las pausas para permitir que se formen las imágenes. Se le pide al paciente que lea de un modo tal que el terapeuta pueda experimentar la sensación de tener el pensamiento. El leer rápido, mecánicamente, o con un afecto embotado, pueden ser formas de evitación cognitiva. Luego se graba el pensamiento en una cinta que da vueltas continuamente y que tiene una duración apropiada (p. ej. 15 segundos, 30 segundos, 1 minuto, 3 minutos), con el número de repeticiones necesario para llenar la cinta casi completamente.

Una vez que se ha grabado y verificado el pensamiento, comienza la sesión de exposición. Las instrucciones son las siguientes:

En unos momentos empezaremos la primera sesión de exposición. Esto llevará normalmente de 25 a 45 minutos, aunque puede durar más. Continuaremos hasta que tu nivel de ansiedad haya disminuido. Cierra los ojos y escucha la casete sin emplear elementos neutralizadores, r.o. (nombre de las estrategias específicas empleadas por el paciente). Mantén el pensamiento, no lo bloques, ni lo distorsiones, ni lo elimines. Después de cada repetición del pensamiento, informa de tu nivel de malestar en la escala habitual (generalmente la escala que se utiliza para el autorregistro). Ahora, dime lo que vamos a hacer.

Si no hay tiempo suficiente para llevar a cabo la exposición durante la sesión (es decir, un mínimo de 50 minutos), se reprogramará para la sesión siguiente. El terapeuta pide al paciente que rellene una hoja de autorregistro antes de empezar con el ejercicio de exposición. Esa hoja se refiere habitualmente al nivel de ansiedad actual, al nivel máximo de ansiedad esperado durante la exposición, y al nivel de ansiedad esperado después de la sesión de exposición. Es útil que el terapeuta represente las evaluaciones de la ansiedad en un gráfico durante la sesión de exposición.

Si el nivel de malestar no ha aumentado después de varias presentaciones, por ejemplo, después de 6 a 10 minutos, el terapeuta detiene la exposición con el fin de llevar a cabo un análisis conductual de la situación. Hay varias razones posibles por las que puede que no aumente la ansiedad. En primer lugar, el registro puede ser inadecuado. Por ejemplo, es posible que las palabras que se emplean no sean suficientemente representativas del pensamiento real o que el tiempo sea insuficiente para formar imágenes. En segundo lugar, algunos pacientes no tienen la capacidad para imaginarse el pensamiento de forma suficientemente clara para la exposición funcional. Si la persona es incapaz, después de varios intentos de practicar con escenas positivas o neutrales, de ponerse en la situación, se deben de considerar otras formas de exposición (véase Ladouceur *et al.*, 1993). En tercer lugar, el paciente puede estar neutralizando, bien empleando estrategias ya identificadas o bien utilizando otras estrategias que todavía no se han descubierto. Si esto es así, el terapeuta reitera la importancia de no utilizar elementos neutralizadores haciendo un llamamiento al modelo. El terapeuta debería investigar también las razones de la conducta de neutralización en

el caso de que el paciente anticipe consecuencias negativas. Si fuese así, se requeriría una intervención de naturaleza cognitiva para explorar, reformular o afrontar estas anticipaciones.

La exposición continúa si la ansiedad aumenta. Se debe tener en cuenta que el incremento y la disminución del nivel de ansiedad no es necesariamente uniforme. El terapeuta observa de cerca al paciente con el fin de descubrir cualquier señal física, como los cambios en el ritmo de respiración, temblar, la expresión facial, y para ver si hay signos que manifiesten un desacuerdo entre las señales físicas y el informe verbal del paciente. La exposición continúa hasta que el malestar disminuya por debajo del nivel inicial durante, por lo menos, dos presentaciones y, si es posible, hasta que el nivel de ansiedad haya disminuido muy por debajo del nivel inicial. Una vez que se ha terminado la exposición, el terapeuta pide al paciente que rellene la segunda parte de la hoja de autorregistro, evaluando la ansiedad actual y la ansiedad máxima experimentada durante la exposición. El paciente indica también si ocurrió la conducta de neutralización y, si fuese así, qué forma se utilizó y si el paciente se volvió a exponer inmediatamente al pensamiento.

El terapeuta pide luego al paciente que describa las reacciones a la experiencia. Las reacciones se reformulan en los términos del modelo y en los de las expectativas previas del paciente. En nuestra experiencia, es raro que la primera sesión de exposición sea altamente eficaz debido a las dificultades para llevar a cabo la prevención de la respuesta ante todas las formas de neutralización. Por esta razón, es muy importante no mandar como tarea para casa la exposición hasta que el paciente haya tenido éxito durante la sesión de terapia.

Una vez que la exposición se ha desarrollado satisfactoriamente en la clínica, entonces se puede emplear en casa. Esto suele suceder, aunque no siempre, después de dos sesiones de exposición. Nuestra recomendación actual es que escuchan la casete dos veces al día. Es importante identificar el momento y la situación en los que, con una gran probabilidad, llevará a cabo satisfactoriamente los ejercicios de exposición.

v.6. *Las sesiones de exposición posteriores*

En todas las sesiones en las que se ha mandado la exposición como tarea para casa, es importante examinar al comienzo de cada sesión las hojas de autorregistro sobre la exposición. Deberían abordarse la duración, las puntuaciones y las notas sobre la neutralización.

Cuando los pacientes son capaces de terminar la exposición sin emplear elementos de neutralización, pueden entonces empezar a llevar a cabo la exposición cuando los pensamientos ocurren de forma espontánea. La instrucción aquí es la siguiente:

Cuando aparecen los pensamientos, préstales atención. Observa cómo vienen y cómo se van sin reaccionar ante ellos: déjales donde están sin hacer nada de particular con ellos.

Con el fin de aumentar la generalización, se puede modificar la casete cuando provoque menos ansiedad (ha tenido lugar cierta habituación entre sesiones). Estas modificaciones exigen creatividad por parte del paciente y del terapeuta, con el fin de encontrar formas de crear una exposición funcional óptima e incluir variaciones del estímulo, de la situación, de la intensidad del pensamiento y del estado de ánimo.

v.7. *Las técnicas cognitivas*

Las técnicas cognitivas pueden tener como objetivo toda una serie de diferentes temas que se observan habitualmente en los pacientes con pensamientos obsesivos. Éstos son:

1. Sobreestimar la importancia de los pensamientos y de sus derivaciones, como la fusión del pensamiento y la acción, y el pensamiento mágico.
2. Exageración de la responsabilidad.
3. Control perfeccionista sobre los pensamientos y las acciones y la necesidad asociada de la certeza.
4. Las consecuencias relacionadas con el contenido de los pensamientos, que implican estimaciones exageradas sobre la probabilidad y la gravedad de las consecuencias de sucesos negativos.

Los objetivos específicos varían de acuerdo con los pacientes y los tipos de valoración que se hacen. El *CIQ* y el *IBRO* nos darán información sobre las evaluaciones disfuncionales específicas y las creencias subyacentes.

Utilizamos las técnicas cognitivas de dos maneras. En el primer caso, pueden emplearse como un medio de facilitar la exposición, abordando primero preocupaciones del paciente tales como el poder de los pensamientos para causar actuaciones, la naturaleza de la responsabilidad y las consecuencias de la ansiedad. En este caso, hay un prerrequisito o correquisito para la exposición eficaz. En el segundo caso, pueden utilizarse como un complemento de la exposición para integrar completamente la nueva información generada por la misma, fomentar la generalización, y crear las condiciones que minimizarán las posibilidades de recaída. Así, para algunos pacientes, se pueden abordar determinados objetivos al comienzo de la terapia, mientras que para otros se abordarán una vez que el paciente haya dominado los aspectos esenciales de la exposición.

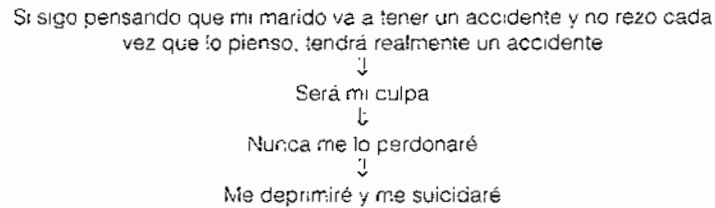
Una vez que se han identificado las valoraciones que constituyen el objetivo, se puede emplear una serie de técnicas limitada sólo por la creatividad del terapeuta y la capacidad del paciente para participar activamente. Una de las mejores formas de identificar las suposiciones subyacentes consiste en utilizar la «flecha descendente» (Burns, 1980), conocida también como la técnica del «¿y qué?», por medio de la cual se examina secuencialmente el pensamiento original buscando las consecuencias cercanas y lejanas. No es raro, en el curso del empleo de esta técnica, encontrar varias clases de suposiciones subyacentes:

por ejemplo, las valoraciones erróneas de daño se encuentran asociadas a menudo con valoraciones equivocadas de la gravedad y de la probabilidad de las consecuencias, así como con una responsabilidad exagerada. Las suposiciones erróneas pueden cuestionarse por medio de cualquier técnica apropiada. Seguidamente se presentan algunos ejemplos de intervenciones que han demostrado ser útiles con los pacientes en nuestro programa de tratamiento y en la práctica privada.

V.7.1. Sobreestimación de la importancia de los pensamientos

Esto puede ocurrir de varias maneras. El primer ejemplo se refiere al *pensamiento mágico*, es decir, que el pensamiento puede producir acontecimientos reales.

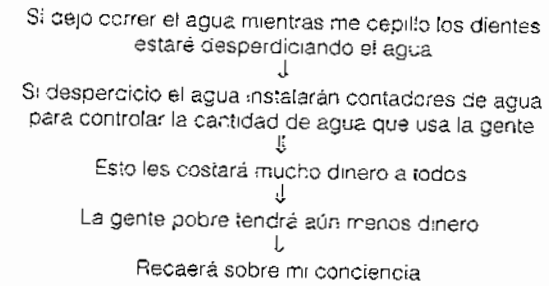
Una mujer casada tenía imágenes terroríficas de que su marido sufría un accidente de coche y empleaba una oración para contrarrestar la imagen cada vez. Seguidamente presentamos la flecha descendente asociada con este pensamiento.



La suposición básica aquí es que los pensamientos pueden causar acciones, aunque también está presente la responsabilidad. Una forma en la que hemos cuestionado satisfactoriamente este tipo de pensamiento es por medio de experimentos conductuales. Por ejemplo, el paciente compra un billete de lotería el lunes y se imagina que le toca el premio gordo durante media hora cada día de la semana (las probabilidades son 1 entre 100 000 para la lotería nacional en España). Alternativamente, se escoge un pequeño electrodoméstico, que se sabe que funciona bien (p. ej., el tostador). El paciente piensa 100 veces al día, durante la siguiente semana, que el aparato se estropeará. El resultado se compara con la predicción.

V.7.2. Exageración de la responsabilidad

Un joven universitario estaba obsesionado con la idea de que si dejaba correr el agua mientras se cepillaba los dientes o mientras lavaba los platos, sería responsable de la instalación de contadores de agua en todas las casas.

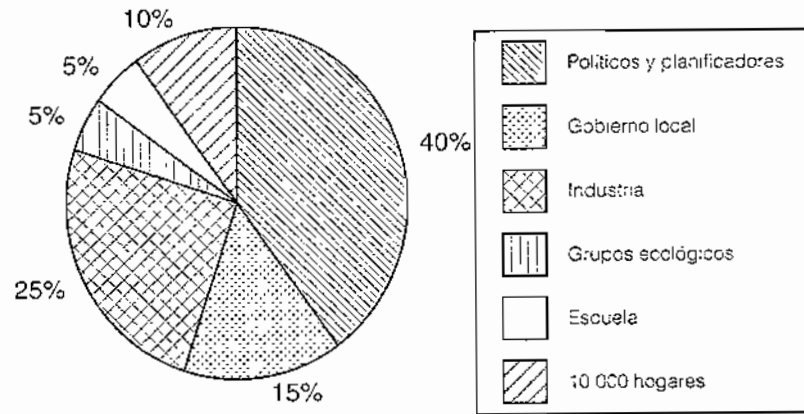


La suposición básica aquí se encuentra en el exceso de responsabilidad personal que funciona a dos niveles. El primero se refiere al empleo del agua por parte del individuo comparado con cómo usa el agua el resto de la ciudad. De hecho, si todo el mundo en la zona cerrase el grifo mientras se cepilla los dientes, el ahorro del agua sería considerable, pero el papel de un individuo sería insignificante. Si utilizamos un gráfico en forma de queso para determinar el volumen de agua utilizada por el individuo mientras se cepilla los dientes (lo que se puede medir) comparado con el volumen que se emplea en la industria, en todas las otras casas, para regar el jardín, etc., se podrían establecer las contribuciones respectivas. La técnica es atribuir responsabilidad a todas las otras fuentes antes de buscar la responsabilidad que resta del individuo. De esta forma, la idea de un poder fundamental es claramente errónea: ¿De qué manera podría influir la mínima proporción de agua utilizada por el paciente sobre la política pública?

El segundo nivel consiste en abordar la responsabilidad personal del individuo comparada con la responsabilidad colectiva para el uso racional del agua: aunque este papel esencial es claramente erróneo, si se es un ciudadano responsable se tiene cierto grado de responsabilidad. Sin embargo, el uso racional del agua es una responsabilidad colectiva y no individual. De nuevo, se emplea el gráfico en forma de queso para determinar con precisión la responsabilidad personal. Por ejemplo, la responsabilidad se atribuye al papel de los políticos y de los que planifican la distribución del agua (40%), al papel del ayuntamiento para educar a la gente sobre el uso responsable del agua (15%), al cumplimiento de las regulaciones impuestas a las industrias (25%), al papel de los grupos ecológicos para concienciar al público (5%), al papel de la educación en las escuelas (5%) y, finalmente, al número de casas que haya en la ciudad (supongamos unas 10 000) (10%) (véase figura 5.3). De este modo, siendo una de las 10 000 casas y con cinco miembros de familia, la responsabilidad personal del individuo es del $10\% \times 1/10\,000 \times 1/5 = 0,0002\%$.

Una forma más de cuestionar este tipo de valoración es que el paciente actúe como fiscal y/o abogado defensor en el caso. A menudo es más difícil para el paciente ser el fiscal, ya que la única evidencia de culpabilidad (es decir, la responsabilidad) es, por medio del razonamiento emocional, su experiencia subjetiva de culpa. El paciente tiene que probar su "culpabilidad" encontrando argumentos sólidos con pruebas empíricas reales («¿Cuáles son los hechos?»). Cuando el paciente representa ambos papeles, puede considerar y comparar dos puntos de vis-

FIGURA 5.3. Atribución adecuada de la responsabilidad para el consumo de agua



ta opuestos, resaltando así la naturaleza modificable de la valoración. El papel del terapeuta es representar al juez y “hacer que no consten” las pruebas inadmisibles, como los rumores («una vez oí que...») o los argumentos irracionales.

La clave para cuestionar las valoraciones de la responsabilidad es establecer, en primer lugar, un darse cuenta (p. ej., por medio del autorregistro) de las situaciones en las que el paciente adquiere una responsabilidad excesiva. Las señales emocionales, como sentirse culpable o molesto por algo, son, a menudo, la mejor forma de descubrir la responsabilidad excesiva. Cuando los pacientes toman una responsabilidad excesiva sobre acontecimientos específicos, una forma de exponer esa naturaleza excesiva es transferir la responsabilidad (temporalmente) al terapeuta, por medio de un contrato, de cualquier daño que se pudiera producir durante un período específico (véase Rachman, 1993). Se registran los pensamientos, la conducta y las reacciones y se comparan con un período similar cuando la responsabilidad se vuelve a transferir al paciente. Otra forma de destacar la exagerada responsabilidad consiste en predecir las reacciones del paciente (cognitivas, emocionales o conductuales) cuando la responsabilidad se transfiere a otra persona; por ejemplo, se paga a alguien una gran cantidad de dinero para que se haga cargo de la situación. Se le pregunta al paciente, «¿seguiría empleando elementos neutralizadores si tuviera que pagar 500 000 pta a una persona para que condujera detrás de Vd. con el fin de asegurarse que no ha atropellado a nadie?».

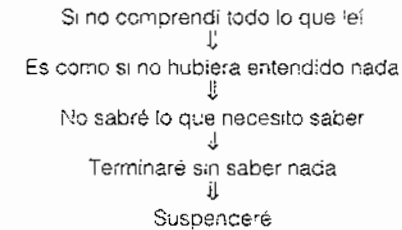
v.7.3. Responsabilidad exagerada y consecuencias de un resultado negativo

Este tipo de valoración es frecuente en distintos trastornos por ansiedad y existe una serie de buenos ejemplos en la literatura (Beck y Emery, 1985; Van Oppen y

Arntz, 1994). La flecha descendente se emplea para identificar todos los pasos de la cadena que conduce a la consecuencia finalmente temida. Se evalúa la probabilidad subjetiva de cada paso, para calcular luego la probabilidad acumulada. Una vez que se han identificado todos los pasos, se cuestiona la lógica de las consecuencias en cada uno de ellos y su grado de probabilidad.

v.7.4. Perfeccionismo

Las valoraciones perfeccionistas de los pensamientos existen bajo una serie de formas. Un tipo de perfeccionismo es la necesidad de certeza o de que se va a realizar completamente la tarea (véase Rasmussen y Eisen, 1991). Un joven estudiante licenciado, con una serie de obsesiones sobre diferentes ambigüedades, sufría de obsesiones continuas de que no había entendido perfectamente las cosas que había leído. Empezó a leer cada vez más despacio, le iba siendo menos agradable leer y se distraía en otras tareas intentando ver si había comprendido lo que había leído, explicándose el texto a sí mismo.



Esto se cuestionó de tres maneras. En primer lugar, el pensamiento dicotómico («Si no entendí todo es como si no hubiera entendido nada»). En segundo lugar, se expusieron las ventajas y desventajas de intentar comprender todo perfectamente.

Ventajas	Desventajas
Saber que sé	Dudas sobre uno mismo y frustración cuando no tengo éxito (generalmente)
Certeza sobre algunas cosas	Leer menos Pérdida de placer en la lectura Preocupación y distracción, fatiga

Una vez que se establecieron las ventajas y las desventajas, se cuestionó la validez de las primeras. En este caso, el paciente tenía que identificar el número de veces que estaba seguro de lo que había leído. De hecho (tal como se podría predecir), admitió que esto sucedió de forma muy infrecuente. Así, no sólo estaba: 1) entregado a la inútil persecución de las denominadas ventajas que casi

nunca tenían lugar, sino que 2) sufría también todas las desventajas de buscar una comprensión perfecta. Esto abrió la puerta para modificar los pensamientos subyacentes cambiando la conducta.

Para refutar la predicción («Si no entiendo todo lo que leo, no sabré lo que necesito saber y, finalmente, suspenderé»), se diseñó un experimento conductual. Dividió las cosas que tenía que leer en tres categorías:

- a. Cosas que solamente tenía que leer (publicidad, folletos, periódicos, etcétera).
- b. Cosas que tenía que leer y comprender en términos generales (leer por placer).
- c. Cosas que tenía que leer y comprender bien (contenidos del examen, anuncio de un trabajo, etcétera).

En la primera categoría tenía que leer las cosas tan rápido como le fuese posible sin retroceder. En la segunda categoría, se leía la primera página a la velocidad normal y las páginas siguientes se leían 1/3 más rápido. La tercera categoría permanecía intacta por el momento. No sólo no era correcta la predicción (que terminaría sin saber nada y fracasaría), sino que el paciente encontró que leía con más agrado, la velocidad aumentó, la distracción disminuyó y terminó sabiendo más, porque leía más y se preocupaba menos. Fue capaz finalmente de adentrarse en un texto de la tercera categoría y leer algunas partes más rápidamente que otras, según su importancia relativa.

Los experimentos conductuales son útiles para cuestionar la responsabilidad exagerada y las actitudes perfeccionistas, cometiendo deliberadamente, por ejemplo, un pequeño error o cambiando un hábito rígido y luego predecir las consecuencias negativas específicas y compararlas con el resultado real. Cuando se plantean de forma apropiada, estos experimentos permiten que se hagan unas predicciones más precisas.

v.8. La prevención de las recaídas

El estudio formal de las recaídas y de su prevención en el TOC se encuentra todavía en su infancia, aunque textos recientes (p. ej., Emmelkamp, Kloek y Blaauw, 1992; Salkovskis, 1985; Steketee, 1993) están abordando la cuestión de forma más explícita. No hay datos sobre la recaída en los pensamientos obsesivos sin compulsiones manifiestas. Nuestra propia experiencia nos dice que la mejor forma de que el tratamiento se vaya desvaneciendo es aumentar el período de tiempo entre sesiones y que de vez en cuando haya un contacto con el terapeuta para una "puesta a punto" y para aprender a reaccionar de forma adecuada a nuevas situaciones. Aunque mucha de la información necesaria para vérselas con la recaída se encuentra implícita a lo largo del tratamiento, se debería identificar de forma explícita en las sesiones posteriores y recogerse en un documento que el paciente pueda guardar. La información esencial del paquete incluye:

- Una comprensión clara del modelo y de cómo el estado de ánimo y los acontecimientos de la vida pueden modular el modelo, ayudando al paciente a comprender los cambios a niveles de los síntomas residuales y a identificar los primeros signos de la recaída. Se debería representar sobre papel el modelo y la información básica. Se pueden grabar también las sesiones de prevención de las recaídas.

- Expectativas claras sobre los síntomas residuales. El paciente puede esperar tener, en ocasiones, apariciones de pensamientos más frecuentes e intensos, pero será capaz de afrontarlos. En particular, las situaciones desencadenantes con baja frecuencia son más difíciles de ajustar debido a la falta de práctica y a la novedad. De este modo, las vacaciones, los cambios imprevistos de la vida, las situaciones de "mala suerte", se encuentran a menudo asociados a los aumentos de los síntomas obsesivos.

- Instrucciones escritas sobre lo que hay que hacer en caso de recaída. Esto puede resumirse en los puntos siguientes, aunque es mejor presentarlos con ejemplos y detalles personalizados:

1. Que no te entre pánico.
2. Revisa el modelo.
3. No concedas importancia a los pensamientos, no catastrofices.
4. No emplees elementos neutralizadores, ni conductas de evitación, ni busques factores tranquilizadores, etcétera.
5. Haz prácticas de exposición.
6. Analiza las situaciones clave, aplica técnicas de reestructuración para reevaluar la probabilidad, atribuye responsabilidades, etcétera.
7. Identifica estímulos estresantes y aplica la solución de problemas, busca ayudas cuando sea necesario.
8. Identifica lo que hacías cuando las cosas iban mejor y qué has dejado de hacer.
9. Considera a las recaídas como una oportunidad de llevar la teoría a la práctica y mantenerte al día, pero no como un retroceso o un fracaso.

Debería observarse que otros autores han planteado toda una serie de ayudas complementarias que puede ser útil para los pacientes con un TOC a la hora de prevenir las recaídas (Emmelkamp *et al.*, 1992; Riggs y Foa, 1993; Salkovskis, 1989; Steketee, 1993; Turner y Beidel, 1988; Warren y Zgourides, 1991). El consenso general es desarrollar formas de superar las dificultades diarias en días normales. Las ayudas complementarias pueden incluir entrenamiento en asertividad, terapia marital o familiar, el entrenamiento en el control del estrés, la planificación de las actividades, el entrenamiento en solución de problemas, etcétera.

v.9. Tratamiento cognitivo-conductual y farmacológico combinados

En los últimos años se ha dado un aumento del interés por la combinación de las terapias cognitivo-conductuales y farmacológicas en el tratamiento del TOC.

Un reciente metaanálisis de 87 estudios sobre tratamiento (Van Balkom *et al.*, 1994) encontró que la terapia de conducta era significativamente superior al placebo en las evaluaciones de los síntomas obsesivo-compulsivos. Se observaron también algunos resultados significativos secundarios para la terapia cognitiva. En los síntomas autoinformados, la terapia de conducta se presentaba como más eficaz que los fármacos antidepresivos clomipramina, fluoxetina o fluvoxamina considerados en combinación y no había evidencia de que estos antidepresivos más la terapia de conducta fuera superior a la terapia de conducta sola. Como no existen estudios comparativos sobre pensamientos obsesivos sin rituales compulsivos manifiestos, no es posible proporcionar recomendaciones con base empírica. Sin embargo, tal como hemos afirmado en otra parte (Ladouceur, Freeston y Gagnon, 1994b), nuestra experiencia nos ha demostrado que, en algunos casos, combinaciones apropiadas de antidepresivos y terapia cognitivo-conductual pueden facilitar el tratamiento al estabilizar al paciente, mejorar los síntomas depresivos y establecer una primera sensación de control, permitiéndole así que dedique más recursos a la terapia cognitivo-conductual.

Es necesaria una estrecha colaboración entre el médico y el terapeuta para permitir un desvanecimiento apropiado del tratamiento y/o una sustitución de la medicación alternativa (p. ej., de un antidepresivo con efectos antiobsesivos no comprobados), de modo que se puedan practicar las habilidades con unos niveles de síntomas adecuados y que permitan una atribución apropiada de los beneficios del tratamiento a las nuevas habilidades que se hayan aprendido durante la terapia cognitivo-conductual. Esto puede disminuir la probabilidad de recaídas cuando se retire la medicación. Hemos observado que algunos pacientes con una historia previa de depresión o de recaídas cuando se retiraba la medicación, pueden beneficiarse del mantenimiento de una baja dosis de medicación que esté por debajo de los niveles normales recomendados, mientras que los cambios en el estilo de vida tienen lugar después de una terapia cognitivo-conductual con éxito. Con una "red de seguridad" en su entorno, el paciente se sentirá más seguro y más capaz de cumplir con el desafío de aprender a vivir sin obsesiones, de temer menos la recaída.

V.10. La eficacia del tratamiento cognitivo-conductual

Además de los casos tratados con éxito de los que ya se ha informado (Ladouceur *et al.*, 1993, 1995), recientemente 28 pacientes han participado en un estudio que evaluaba resultados. En el postest, había una mejoría significativamente superior en el grupo de tratamiento que en el grupo control en la escala para las obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (*Yale-Brown obsessive-compulsive scale*), al igual que en medidas de funcionamiento global y en autoinformes de ansiedad, depresión, síntomas obsesivo-compulsivos y variables cognitivas. El beneficio promedio obtenido por todos los pacientes en el tratamiento fue un 57% de reducción en la puntuación inicial de la escala anterior. Para los pacientes que completaron el tratamiento, el 82% había mejorado mucho. Disminuyeron los síntomas obsesivos, depresivos y ansiosos autoinformados, así como los

pensamientos irracionales y la valoración de los pensamientos objetivo, hallándose unos tres cuartos de las puntuaciones de los pacientes dentro del rango normal después del tratamiento. Un seguimiento realizado a los seis meses mostró que las ganancias permanecían estables. El seguimiento de los pacientes que habían terminado el tratamiento 2-3 años antes muestra que mantienen los beneficios del mismo aunque algunos siguen siendo vulnerables a las perturbaciones del estado de ánimo y a ocasionales ataques de ira en respuesta a acontecimientos estresantes. En estos momentos, estamos planificando adaptar el paquete de tratamiento para intervenir, en un próximo futuro, en adolescentes con un TOC.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición-Revisada) (*DSM-III-R*). Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (*DSM-IV*). Washington: APA.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beech, H. R. y Vaughn, M. (1978). *Behavioural treatment of obsessional states*. Chichester: Wiley.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. Nueva York: New American Library.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders*. Nueva York: Plenum.
- Emmelkamp, P. M. G., Kloek, J. y Blaauw, E. (1992). Obsessive-compulsive disorders. En P. H. Wilson (dir.), *Principles and practice of relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Foa, E. B., Steketee, G. S. y Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive compulsives. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (dirs.), *Obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Plenum.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1993). Appraisal of cognitive intrusions and response style: Replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 181-190.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994a). «From intrusions to obsessions: An account of the development and maintenance of obsessive-compulsive disorder». En preparación.

- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994b). «What do patients do with their obsessive thoughts?». En preparación.
- Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994c). «Mood, cognitive appraisal, daily life events and obsessional severity in OCD without overt compulsions». En preparación.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1991a). Cognitive intrusions in a non-clinical population. I. Response style, subjective experience, and appraisal. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 585-597.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1991b, noviembre). *Les intrusions cognitives: Implications pour le trouble obsessionnel-compulsif*. [Intrusive thoughts: Implications for obsessive compulsive disorder]. Comunicación presentada en la reunión anual de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Trois-Rivière, Quebec.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1992, junio). *Intrusive thoughts, worry, and obsessions: Empirical and theoretical distinctions*. En P. Salkovskis (dir.), *Clinical and non-clinical intrusive thoughts*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Provencher, M. y Blais, F. (1995). Strategies used with intrusive thoughts: Context, appraisal, mood, and efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 201-215.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Letarte, H., Rhéaume, J., Gagnon, F. y Thibodeau, N. (1994). Measurement of obsessive-compulsive symptoms with the Padua Inventory: Replication and extension. Manuscrito enviado para publicación.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G. R. y Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heniger, G. R. y Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Grist, J. H. (1990). Treatment of obsessive compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 44-50.
- Headland, K. y McDonald, B. (1987). Rapid audio-tape treatment of obsessional ruminations. A case report. *Behavioural Psychotherapy*, 15, 188-192.
- Himle, J. y Thyer, B. A. (1989). Clinical social work and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 13, 459-470.
- Hoogduin, K., De Haan, E., Schaap, C. y Arts, W. (1987). Exposure and response prevention in patients with obsessions. *Acta Psychiatrica Belgica*, 87, 640-653.
- Jenike, M. A. y Rauch, S. L. (1994). Managing the patient with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: Current strategies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 11-17.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B. y Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Khanna, S., Rajendra, P. N. y Channabasanna, S. M. (1988). Life events and onset of obsessive-compulsive disorder. *The International Journal of Social Psychiatry*, 34, 305-309.
- Kozak, M. J. y Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.

- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Thibodeau, N., Gagnon, F. y Bujold, A. (1994a, noviembre). *Treatment of obsessions: A controlled study*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H. y Gagnon, F. (1994b). *Cognitive and behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder*. Manuscrito enviado para publicación.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1995). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1993). Idiographic considerations in the cognitive-behavioral treatment of obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 301-310.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J. y McDonald, R. (1980). Clomopramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Martin, C. y Tarrier, N. (1992). The importance of cultural factors in the exposure to obsessive ruminations: A case example. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 181-184.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- McKeon, J., Bridget, R. y Mann, A. (1984). Life events and personality traits in obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 144, 185-189.
- Milby, J. B., Meredith, R. L. y Rice, J. (1981). Videotaped exposure: A new treatment for obsessive-compulsive disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 249-255.
- Moergen, S., Maier, M., Brown, S. y Pollard, C. A. (1987). Habituation to fear stimuli in a case of obsessive-compulsive disorder: Examining the generalization process. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 65-70.
- Molnar, C., Freund, B., Riggs, D. y Foa, E. B. (1993, noviembre). *Comorbidity of anxiety disorders and DSM-III-R axis II disorders in obsessive-compulsives*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, Georgia.
- Myers, K., Weissman, M., Tischler, L., Holzer, E., Leaf, J., Orvaschel, H., Anthony, C., Boyd, H., Burke, D., Kramer, M. y Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980-1982. *Archives of General Psychiatry*, 41, 959-967.
- Rachman, S. J. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. J. (1976). The modification of obsessions: A new formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 437-443.
- Rachman, S. J. (1978). An anatomy of obsessions. *Behavior Analysis and Modification*, 2, 255-278.
- Rachman, S. J. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. J. (1985). An overview of clinical and research issues in obsessional-compulsive disorders. En M. Mavissakalian, S. M. Turner y L. Michelson (dirs.), *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Rachman, S. J. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.

- Rachman, S. J. y De Silva, P. (1978). Normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Rasmussen, S. y Eisen, J. L. (1991). Phenomenology of OCD: Clinical subtypes, heterogeneity and coexistence. En J. Zohar, T. Insel y S. Rasmussen (dirs.), *The psychobiology of obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Springer.
- Rasmussen, S. A. y Eisen, J. L. (1992). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Riggs, D. S. y Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-959.
- Salkovskis, P. M. (1983). Treatment of an obsessional patient using habituation to audiotaped ruminations. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 311-313.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 677-682.
- Salkovskis, P. M. y Westbrook, D. (1989). Behaviour therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? *Behaviour Research and Therapy*, 27, 149-160.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Pergamon.
- Van Balkom, A. J. L. M., Van Oppen, P., Vermeulen, A. W. A., Nauta, M. M. C, Vorst, H. C. M. y Van Dyck, R. (1994). *A meta-analysis on the treatment of obsessive-compulsive disorder: A comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy*. Manuscrito enviado para publicación.
- Van Oppen, P. y Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Warren, R. y Zgourides, G. D. (1991). *Anxiety disorders: A rational-emotive perspective*. Nueva York: Pergamon.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C. K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H. U. y Yeh, E. K. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Mavissakalian, M., Turner, S. M. y Michelson, L. (dirs.) (1985). *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment*. Nueva York: Plenum.
- Rachman, S. J. y Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.

- Riggs, D. S. y Foa, E. B. (1993). Obsessive compulsive disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Steketee, G. S. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. Nueva York: Guilford.
- Turner, S. M. y Beidel, D. C. (1988). *Treating obsessive-compulsive disorder*. Nueva York: Pergamon.

6. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DEL TRASTORNO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

MILLIE C. ASTIN Y PATRICIA A. RESICK

I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Estrés Posttraumático (TEP) describe un patrón de síntomas que pueden desarrollarse en individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos. El TEP se presentó como diagnóstico oficial en 1980 con la aparición del *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1980), aunque muchos de los síntomas del TEP ya habían sido reconocidos anteriormente. Los criterios procedían en gran medida del estudio de ex combatientes de guerra, pero desde entonces el TEP se ha aplicado a un amplio rango de grupos con traumas, incluyendo las víctimas de violaciones, el abuso sexual infantil, el abuso físico (incluyendo las palizas), las víctimas de delitos y los que han sufrido desastres tanto naturales como provocados por el hombre.

Para recibir un diagnóstico de TEP según el *DSM-IV* (APA, 1994), el individuo tiene, en primer lugar, que haber experimentado, haber sido testigo o haberse enfrentado a un acontecimiento que entrañase una amenaza de muerte, una muerte real, una lesión grave o una amenaza a la integridad física. En segundo lugar, la respuesta del individuo al acontecimiento tuvo que incluir un miedo intenso, indefensión o terror. De este modo, un acontecimiento se define como traumático cuando ha implicado la muerte o una lesión grave o la amenaza de muerte o lesión y el individuo experimenta un fuerte afecto negativo en respuesta al suceso. En versiones anteriores del *DSM* (APA, 1980, 1987), un estímulo estresante traumático se definía como un acontecimiento que se encontraba fuera del rango de la experiencia humana habitual y al que casi todo el mundo encontraría notablemente estresante. Desgraciadamente, esto eliminaba de forma técnica experiencias traumáticas relativamente comunes como el abuso infantil, la violencia en la pareja/familia y las agresiones sexuales debido a su elevada frecuencia. La definición del *DSM-IV* elimina este problema e insiste en que la amenaza directa o indirecta a la vida o al bienestar y la forma en que un individuo responde a esa amenaza constituyen los elementos que hacen de un acontecimiento determinado un suceso traumático. Estos planteamientos se obtuvieron a partir de numerosos estudios de investigación que encontraron que la experiencia de la amenaza a la vida era un predictor significativo del desarrollo de un TEP (Blank, 1993; Davidson y Smith, 1990; Kilpatrick y Resnick, 1993; March, 1993).

Las manifestaciones de los síntomas se distribuyen en tres amplias categorías. Éstas incluyen recuerdos invasivos, síntomas de evitación y de falta de sensibili-

dad, e hiperactivación fisiológica. Los recuerdos invasivos se consideran la característica propia del TEP y consisten en que el acontecimiento traumático se revive de alguna manera. Los recuerdos del trauma pueden invadir la conciencia una y otra vez, sin aviso, de repente, sin señales desencadenantes que los provoquen. Otros recuerdos que se tienen en el estado de vigilia incluyen recuerdos retrospectivos (*flashbacks*) o experiencias intensamente vividas en las que el malestar psicológico y el temor traumático originales son reactivados y revividos. Los recuerdos invasivos pueden ocurrir también durante el estado de sueño bajo la forma de pesadillas con contenido relacionado con la situación traumática. Además, cuando se enfrentan a señales asociadas con el suceso traumático, sean reales o simbólicas, el individuo puede mostrar intensas reacciones psicológicas (terror, repugnancia, depresión, etc.) y/o respuestas fisiológicas (aumento de la tasa cardíaca, sudor, respiración rápida, etc.). Las señales a veces son obvias, como en el caso del ex combatiente que se arroja al suelo atemorizado cuando oye el ruido seco del tubo de escape de un coche, debido a su parecido con un disparo. Sin embargo, en ocasiones, la relación entre el trauma y la señal no está clara a primera vista. Por ejemplo, una víctima de violación empezó a temer el ventilador que se encontraba en el techo de su habitación. Sólo cuando se enfrentó al recuerdo del trauma en la terapia fue cuando asoció el ventilador con la sensación que había tenido antes de la violación de alguien que se acercaba a ella por detrás. Todos éstos se experimentan generalmente como molestos e invasivos, ya que el individuo no tiene control sobre cuándo o cómo ocurren y provocan las emociones negativas asociadas al trauma inicial (Janoff-Bulman, 1992; Resick y Schnicke, 1992).

La víctima del trauma puede experimentar también un aumento de la activación fisiológica. Esto sugiere que el individuo está en un continuo estado de "lucha o huida" similar al modo en que el cuerpo del individuo respondió durante el acontecimiento traumático real. En este constante estado de alerta, el individuo está preparado para reaccionar ante nuevas amenazas de peligro incluso en situaciones relativamente "seguras". Durante una crisis, esto es adaptativo porque favorece la supervivencia. Sin embargo, en cuanto estado constante, la hiperactivación interfiere con el funcionamiento diario y conduce al agotamiento. En esta condición, el individuo gasta una gran cantidad de energía escrutando el ambiente a la búsqueda de señales de peligro (hipervigilancia). Es probable que el sujeto tenga perturbaciones del sueño, una disminución de la concentración, irritabilidad y una hiperreactividad ante determinados estímulos (respuesta de sobresalto exagerada). Hay pruebas que sugieren que esta continua situación de tensión tiene un efecto pernicioso sobre la salud física global (Kulka *et al.*, 1990).

Los síntomas de evitación y de falta de sensibilidad reflejan el intento del individuo para conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del trauma. Algunos autores han sugerido que los síntomas de evitación constituyen una respuesta ante la sintomatología invasiva (Creamer, Burgess y Pattison, 1992). Al igual que los recuerdos traumáticos invaden la conciencia, también lo hacen las emociones negativas asociadas al trauma original. El individuo puede evitar los pensamientos y las emociones sobre el trauma, evitar las situaciones y los

acontecimientos que recuerden al trauma u olvidar aspectos importantes del mismo. De forma parecida, los síntomas de desapego o falta de sensibilidad constituyen un intento de cortar con los sentimientos aversivos asociados a los recuerdos invasivos (Astin *et al.*, 1994; Resick y Schnicke, 1992). Esto puede llegar a generalizarse, dando como resultado un desapego de todas las emociones, tanto positivas como negativas. Las víctimas del trauma afirman normalmente que ya no tienen sentimientos intensos o que se encuentran insensibles. Esta clase de desapego profundo puede interferir notablemente con la capacidad del individuo para relacionarse con los demás, para disfrutar de la vida cotidiana, para ser productivo y para planificar el futuro. Las víctimas de un trauma han informado con frecuencia de estilos de vida muy limitados después de la experiencia traumática debido a la necesidad de evitar señales recordatorias de la situación traumática y de las emociones asociadas.

Todos estos síntomas tienen que experimentarse durante un mes al menos, con el fin de recibir el diagnóstico de TEP. Un porcentaje importante de los que han sufrido un trauma muestra síntomas completos del TEP inmediatamente después del acontecimiento traumático. Sin embargo, este porcentaje se reduce a casi la mitad durante los tres meses que siguen al trauma, tendiendo entonces a estabilizarse. Por ejemplo, cuando se evaluó a las dos semanas, al mes, a los tres meses, a los seis meses y a los nueve meses a personas que habían sufrido una violación, éstas manifestaron los síntomas de un TEP en un 94%, un 65%, un 47%, un 42% y un 42%, respectivamente (Rothbaum y Foa, 1993). Así, después de los tres meses, los porcentajes de personas que manifestaban un TEP no disminuyeron de forma substancial. Si los síntomas no remiten dentro de este período de tiempo, el TEP suele persistir e incluso empeorar sin la intervención apropiada. Varios estudios sobre sujetos que han sufrido un trauma han mostrado la presencia de un TEP diagnosticable muchos años después del acontecimiento (Kilpatrick *et al.*, 1987; Kulka *et al.*, 1990; Resick, 1996). En una muestra aleatoria a nivel nacional (Estados Unidos) de 4 008 mujeres, Resnick *et al.* (1993) encontraron los siguientes porcentajes de TEP que no había remitido: violación completa, 32%; otras agresiones sexuales, 31%; agresión física, 39%; homicidio de un familiar o amigo/a, 22%; ser víctima de otro delito, 26%; trauma no debido a un delito (desastres naturales o provocados por el hombre, accidentes, lesiones, etc.), 9%.

Aunque se han encontrado elevados porcentajes de TEP entre los sujetos que han sufrido un trauma, los individuos con un TEP tienen también un mayor riesgo de desarrollar trastornos como la depresión, la ansiedad, ideas suicidas y abuso de sustancias psicoactivas (Helzer, Robins y McEnvoy, 1987; Kessler *et al.*, 1995; Kilpatrick *et al.*, 1992; Kulka *et al.*, 1990; Resick y Schnicke, 1992). Sin embargo, los datos sugieren que al menos algunos trastornos comórbidos pueden estar directamente asociados a la presencia del TEP. Se encuentra bien documentado un mayor abuso de sustancias psicoactivas en sujetos que han sufrido un trauma y podría representar otra forma de evitación o falta de sensibilidad. La investigación sobre depresión en personas con un TEP ha mostrado respuestas biofisiológicas diferentes a las encontradas en individuos con depresión solamente. Esto podría indicar que la depresión que acompaña al TEP tiene una base

biológica diferente a la depresión no asociada con el TEP (Pitman, 1993; Yehuda *et al.*, 1993). De este modo, aunque se puede alegar que los sujetos que han sufrido un trauma necesitan ser tratados por otros trastornos distintos al TEP, podría suceder también que el tratamiento del TEP estuviera unido crucialmente con la desaparición de los trastornos comórbidos.

Además de trastornos formales, la víctima de un trauma puede desarrollar distorsiones cognitivas que reflejan la grave desorganización que ha ocurrido en la visión del mundo que tiene la víctima (Janoff-Bulman, 1992; Resick y Schnicke, 1993). Así, en respuesta al trauma se pueden desarrollar una extrema culpabilidad, una incapacidad para fiarse de los demás, un temor constante sobre la seguridad personal, trastornos en las relaciones interpersonales y una baja autoestima, todos ellos factores importantes para la desaparición de los síntomas del TEP (McCann y Pearlman, 1990).

II. LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE

La mayoría de los tratamientos conductuales y cognitivo-conductuales del TEP se basan en la teoría conductual del aprendizaje. Siguiendo la teoría bifactorial de Mowrer (1947), numerosos autores han propuesto que el TEP puede explicarse por medio del condicionamiento clásico y operante (Becker *et al.*, 1984; Holmes y St. Lawrence, 1983; Keane, Zimering y Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen y Best, 1985; Kilpatrick, Veronen y Resick, 1982). En primer lugar, se ha empleado el condicionamiento clásico para explicar el desarrollo de los síntomas del TEP, especialmente los elevados niveles de síntomas de activación y malestar. En dicho modelo, el trauma es el estímulo incondicionado (EI) que provoca un temor extremo, la respuesta incondicionada (RI). El trauma (EI) se asocia con el "recuerdo del trauma", que se convierte, entonces, en el estímulo condicionado (EC). Así, cada vez que se recuerda el trauma, dicho recuerdo (EC) provoca un temor extremo que se convierte en la respuesta condicionada (RC). Entonces, por medio de la generalización del estímulo y del condicionamiento de segundo orden, no sólo el recuerdo del trauma sino también las señales asociadas con el recuerdo y aquellas neutras que evocan a esos estímulos desencadenantes se convierten en estímulos condicionados que provocan un temor extremo (RC). Por ejemplo, si en el aparcamiento de un supermercado una mujer es secuestrada a punta de pistola por un hombre con barba que la introduce en una furgoneta y la abandona en pleno campo después de violarla, muchos estímulos anteriormente neutros pueden convertirse en estímulos condicionados que provocan ansiedad. Aunque el recuerdo del secuestro y de la violación no es peligroso en sí mismo, representa el acontecimiento traumático y se convierte en un estímulo condicionado que provoca ansiedad cuando se recuerda el trauma. Otros estímulos neutros pueden también provocar ansiedad, tales como los hombres con barba, las furgonetas, el campo, los supermercados y los aparcamientos (Foa, 1995).

Normalmente, en un modelo de condicionamiento clásico, se esperaría que esta asociación entre el EC y la RC se extinga con el tiempo si no se presenta el EI

original. Por consiguiente, se utiliza el condicionamiento operante para explicar el desarrollo de los síntomas de evitación del TEP y el mantenimiento de esos síntomas a lo largo del tiempo a pesar del hecho de que el EI o estímulo estresante traumático no vuelve a ocurrir. Debido a que el recuerdo del trauma (EC) provoca una ansiedad extrema (RC), se evita el recuerdo del trauma (EC) y el resultado es una reducción de la ansiedad (RC). De este modo, la evitación del recuerdo del trauma (EC) se refuerza negativamente, lo que impide la extinción de la asociación entre el recuerdo del trauma (EC) y la ansiedad (RC), algo que sería de esperar normalmente sin la repetición del mismo trauma (EI). Utilizando el ejemplo anterior, la mujer que fue raptada puede volverse muy ansiosa cuando piensa en el secuestro y la violación. Además, puede sentirse muy perturbada cada vez que ve a un hombre con barba o tiene que estacionar en un aparcamiento o va al supermercado, porque todo ello le trae a la mente el recuerdo del trauma. Entonces podría tratar de evitar tanto el recuerdo del trauma como cualquier persona o cosa que le trajese a la mente ese recuerdo, tal como los hombres con barba, los supermercados o los aparcamientos. Desgraciadamente, esto impide que aprenda que esas situaciones e incluso el recuerdo de la violación no son realmente peligrosos y entonces los síntomas del TEP pueden volverse crónicos.

II.1. Técnicas para el control de la ansiedad

El entrenamiento en inoculación de estrés (EIE) es una técnica cognitivo-conductual basada en la teoría del aprendizaje y desarrollada originalmente por Meichenbaum (1974) para el control de la ansiedad. Posteriormente, el EIE se adaptó para ser empleado con víctimas de violación en formatos individual y de grupo (Kilpatrick *et al.*, 1982; Resick y Jordan, 1988; Veronen y Kilpatrick, 1983). El objetivo principal del EIE consiste en ayudar a los pacientes a que comprendan y controlen sus reacciones de temor asociadas al trauma. El protocolo del EIE se compone de tres fases: educación, adquisición de habilidades y aplicación. Dicho protocolo dura de 8 a 20 sesiones, dependiendo de las necesidades del paciente, pero todas las versiones utilizan básicamente las mismas técnicas.

Las primeras sesiones se dedican a la fase educativa. Ésta incluye la presentación del tratamiento, información sobre el desarrollo de las respuestas de temor basándose en la teoría del aprendizaje y educación sobre la activación del sistema nervioso simpático. Además, se enseña al paciente la relajación muscular progresiva y se le pide que la practique en la sesión y como tarea para casa. El terapeuta ayuda también al paciente a identificar las señales que desencadenan las reacciones de temor. En sesiones posteriores, se repasa esta información y se presenta otra más detallada sobre las respuestas específicas de temor tal como se manifiestan en tres canales: el cuerpo (las respuestas fisiológicas), la mente (las respuestas cognitivas) y las acciones (las respuestas conductuales). Como tarea para casa, el paciente tiene que practicar la relajación muscular progresiva e identificar las señales que desencadenen respuestas de temor.

En la segunda fase de tratamiento, el paciente aprende una serie de habilidades de afrontamiento para controlar las respuestas de temor identificadas en los tres canales de respuesta. Éstas incluyen normalmente la respiración diafragmática, la detención del pensamiento, el ensayo encubierto, el diálogo con uno mismo dirigido y la representación de papeles (Kilpatrick *et al.*, 1982; Resnick y Newton, 1992; Resick y Jordan, 1988). Otras técnicas incluidas en algunos protocolos son la técnica de relajación denominada el reflejo tranquilizante (*quieting reflex*) (Stroebel, 1983) y las habilidades de solución de problemas (Resick y Jordan, 1988). La relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática tratan de ayudar al paciente a que se relaje a lo largo de una serie de situaciones provocadoras de ansiedad. Esto se basa en la idea de que la ansiedad y la relajación no pueden ocurrir al mismo tiempo. Se emplea la detención del pensamiento (Wolpe, 1958) para controlar los pensamientos invasivos u obsesivos que favorecen la ansiedad. El diálogo con uno mismo dirigido y la reestructuración cognitiva ayudan al paciente a identificar los patrones de pensamiento irracionales, erróneos o desadaptativos y a sustituirlos por cogniciones más positivas y adaptativas. Las habilidades de solución de problemas ayudan a los pacientes a generar y evaluar opciones potenciales. Finalmente, la representación de papeles y el modelado encubierto (en el que el paciente se imagina al terapeuta y posteriormente a sí mismo solucionando con éxito un problema específico) abordan la evitación conductual. Ambas técnicas enseñan al paciente a comunicarse eficazmente y a solucionar los problemas empleando las habilidades sociales apropiadas.

En la tercera fase de tratamiento, el paciente aprende a aplicar, paso a paso, estas habilidades de afrontamiento a situaciones de la vida cotidiana que provocan ansiedad. Los pasos de la inoculación de estrés incluyen: 1) evaluar la probabilidad de que ocurra el acontecimiento temido; 2) controlar la conducta de evitación con la detención del pensamiento y el reflejo tranquilizante; 3) controlar la crítica hacia uno mismo por medio de autodiálogo dirigido y la reestructuración cognitiva; 4) llevar a cabo la conducta temida utilizando las habilidades de solución de problemas y las habilidades aprendidas por medio de la representación de papeles y el modelado encubierto, y 5) reforzarse a sí mismo por utilizar las habilidades en la situación temida. Antes de terminar el tratamiento, el terapeuta ayuda al paciente a generar una jerarquía de acontecimientos temidos no abordados directamente en la terapia y en los que seguirá empleando las habilidades aprendidas.

Foa *et al.* (1991) compararon 45 víctimas de violación que se asignaron aleatoriamente a las condiciones de EIE, exposición prolongada (EP), asesoramiento de apoyo y controles sin tratamiento, y encontraron que los pacientes del EIE y de la EP mejoraron significativamente en medidas de TEP, de depresión y de ansiedad. Sin embargo, las puntuaciones de los pacientes del EIE fueron las que mejoraron más en el postratamiento, mientras que en los pacientes de la EP se daba una tendencia a que las puntuaciones del TEP mejorasen más en un seguimiento a los tres meses. Sin embargo, se debería señalar que los pacientes en la condición de EIE no se enfrentaron a las situaciones temidas, tal como se describía anteriormente, porque el protocolo de la EP empleaba dicha técnica (exposi-

ciones graduadas *en vivo*). Sin embargo, cuando Foa *et al.* (1994) compararon el EIE, la EP y la combinación de EIE/EP, los pacientes de la EP fueron los que mejoraron más en los síntomas del TEP. Empleando formatos de terapia de grupo, Resick *et al.* (1988) compararon el EIE, el entrenamiento asertivo, la psicoterapia de apoyo y un grupo control sin tratamiento. Esos autores encontraron que los tres tratamientos reducían de forma significativa los síntomas del TEP, de depresión, de baja autoestima, los temores asociados a la violación y los temores sociales, al compararlos con los sujetos control, pero en un seguimiento de seis meses sólo se mantenían las mejorías en los temores asociados a la violación. En estudios no controlados, el EIE ha sido eficaz para reducir los síntomas de ansiedad, temor y depresión asociados al TEP en víctimas de violación (Veronen y Kilpatrick, 1982; Veronen y Kilpatrick, 1983).

El EIE se ha empleado y estudiado principalmente en víctimas de violación. Se ha encontrado que el *biofeedback* emparejado con la relajación muscular progresiva redujo los síntomas en 6 ex combatientes (Hickling, Sison y Vanderploeg, 1986). Sin embargo, no había un grupo de control y los médicos enviaban sólo a aquellos pacientes que ellos pensaban que se iban a beneficiar de este tratamiento. Las técnicas de *biofeedback* eran eficaces también para disminuir los síntomas de taquicardia en víctimas de violación, pero de nuevo no se incluyó un grupo de control (Blanchard y Abel, 1976).

III. LA TEORÍA DEL PROCESAMIENTO EMOCIONAL

Aunque la teoría del aprendizaje explica gran parte del desarrollo y mantenimiento del TEP, no explica los síntomas invasivos, es decir, los recuerdos reiterativos del trauma que invaden los pensamientos de la víctima en estados conscientes y no conscientes. Algunos autores han propuesto que los individuos que han sufrido estímulos estresantes traumáticos desarrollan estructuras de temor que contienen recuerdos del acontecimiento traumático así como emociones asociadas y planes de escape. Basándose en el concepto de Lang (1977) sobre el desarrollo de la ansiedad, Foa, Steketee y Rothbaum (1989) sugieren que el TEP surge debido al desarrollo de una estructura de temor interna que provoca la conducta de escape y evitación. Cualquier cosa asociada con el trauma podría evocar el esquema o estructura de temor y la posterior conducta de evitación. Chemtob *et al.* (1988) proponen que estas estructuras son activadas constantemente en individuos con un TEP y guían su interpretación de los acontecimientos como potencialmente peligrosos. Según la teoría del procesamiento emocional, la exposición reiterada al recuerdo traumático en un ambiente seguro dará como resultado la habituación del temor y el cambio posterior de la estructura de temor. Conforme disminuya la emoción, los pacientes con un TEP empezarán a modificar los elementos que tienen una significación para ellos, cambiarán sus autoverbalizaciones y reducirán su generalización.

III.1. Las técnicas de exposición

Se han empleado satisfactoriamente una serie de técnicas conductuales con distintos grupos que han sufrido un trauma, basándose en la teoría del aprendizaje y en la del procesamiento emocional. Esas técnicas incluyen la inundación o exposición prolongada (denominada también exposición terapéutica directa) y variantes de la desensibilización sistemática. Todos estos procedimientos entrañan un enfrentamiento de los estímulos temidos hasta que disminuyan las respuestas de temor condicionadas anteriormente. En el caso de las víctimas de un trauma, el recuerdo de éste y las señales asociadas a dicho recuerdo constituyen dichos estímulos. La inundación o exposición prolongada implica exposiciones reiteradas, prolongadas, al recuerdo del trauma, bien directamente (conocido como inundación en vivo) o bien indirectamente por medio de la imaginación (conocido como inundación en vitro o exposición en la imaginación). Por ejemplo, a un ex combatiente con un TEP se le podrían mostrar videos de guerra con imágenes y sonidos de combate, podría dar una vuelta en helicóptero, etc. Otra forma podría ser pedir a un ex combatiente que narrase una historia de sus experiencias de combate y que se le expusiera a dicha historia una y otra vez. La desensibilización sistemática, desarrollada originalmente por Wolpe (1958), puede llevarse a cabo también directamente (en vivo) o indirectamente (en vitro), pero es una técnica de exposición más gradual en la que se presentan al paciente una serie graduada de estímulos provocadores de ansiedad hasta que ésta se ha extinguido.

Foa y Kozak (1986) han alegado que las técnicas de exposición se basan realmente en la teoría del aprendizaje y en la del procesamiento emocional porque, una vez que el paciente procesa emociones relacionadas con el trauma permitiendo que se habitúen, el paciente es capaz también de procesar el recuerdo traumático que anteriormente había evitado. Foa *et al.* (1991) sugieren que, por medio de la exposición reiterada al recuerdo traumático, se genera un registro de la memoria más preciso que permite que el paciente reevalúe los significados ligados al recuerdo del trauma y que los integre más fácilmente con los esquemas cognitivos existentes.

Aunque en sus orígenes se utilizó ampliamente con ex combatientes, la exposición prolongada (EP) se ha aplicado más recientemente a víctimas de violaciones y de delitos violentos (Foa *et al.*, 1991). La EP, tal como la han desarrollado Foa y sus colaboradores, se plantea como un tratamiento de 9 a 12 sesiones que incorpora la exposición en la imaginación y exposiciones en vivo graduadas (un tipo de desensibilización sistemática). Los componentes centrales incluyen: educación sobre el TEP y explicación razonada del tratamiento (Sesión 1); normalización de las reacciones ante el trauma y desarrollo de una jerarquía de temores para las tareas para casa de exposición en vivo (Sesión 2); y la exposición reiterada a los estímulos temidos durante las sesiones de terapia (Sesiones 3-9). (Se pueden añadir más sesiones de exposición si el terapeuta considera que son necesarias más exposiciones para un procesamiento adecuado del recuerdo del trauma y de las emociones asociadas.)

Durante las sesiones de terapia se le pide a la paciente que cierre los ojos y que reviva lo que le sucedió utilizando el presente para relatar los detalles de la violación como si estuviera sucediendo actualmente. El terapeuta pregunta a la paciente cada pocos minutos, durante la exposición en la imaginación, por sus evaluaciones basadas en la Escala de Unidades Subjetivas de Malestar (*Subjective Units of Distress*, SUDS). Se le pide también que proporcione tantos detalles como le sea posible, incluyendo detalles sensoriales como olores, sonidos, lo que dijo, etc., así como las emociones y las sensaciones físicas vividas. Esto se realiza durante 60 minutos en la 3ª sesión y durante unos 45 minutos en las sesiones posteriores. Normalmente, la historia se repite de 2 a 3 veces en cada sesión, dependiendo de la duración de la historia. Las sesiones se graban en casetes y la paciente las escucha entre sesiones, manteniendo un registro de sus niveles de ansiedad utilizando las Unidades Subjetivas de Malestar (SUDS). Se espera que la ansiedad sea elevada durante las exposiciones iniciales. Con la repetición de las exposiciones en un lugar seguro la ansiedad disminuye. La asociación entre el recuerdo del trauma (estímulo condicionado) y el temor (respuesta condicionada) se rompe.

Como se ha indicado antes, cuando Foa *et al.* (1991) compararon la EP con el EIE, el asesoramiento de apoyo y un grupo control sin tratamiento, en una muestra de 45 víctimas de violación, encontraron que sólo la EP y el EIE eran eficaces de forma significativa para reducir los síntomas de TEP, de depresión y de ansiedad, comparadas con la condición de control. En el postratamiento, los pacientes del EIE eran los que más habían mejorado, pero en un seguimiento de tres meses se halló que había una tendencia de los pacientes de la EP a tener menos síntomas del TEP que los demás pacientes. Foa *et al.* (1991) alegan que esto se debe a que el EIE proporciona un alivio a corto plazo de la ansiedad por medio del control de la misma, mientras que la EP podría proporcionar un alivio a más largo plazo porque el procesamiento cognitivo y emocional que ocurre durante las exposiciones puede que produzca cambios permanentes en los recuerdos traumáticos.

En un esfuerzo para discriminar los efectos diferenciales del EIE y de la EP, Foa *et al.* (1994) asignaron aleatoriamente víctimas de violación a tres condiciones de tratamiento: EP sola, EIE solo y un protocolo combinado de EP/EIE. Utilizando una medida compuesta del funcionamiento psicológico, encontraron una mayor mejoría en los pacientes que recibieron la EP sola que los del EIE solo o que los de la combinación EP/EIE. Además, se mejoró un mayor rango de síntomas con la EP (gravedad de la invasión, evitación, activación y depresión) que con el EIE, que estaba asociado únicamente a menores niveles de la gravedad de la evitación. Sin embargo, Foa admite que estos resultados pueden reflejar que al combinar el EIE y la EP, pero mantener el tiempo total de tratamiento equivalente al EIE solo o a la EP sola, podría suceder que el tiempo de tratamiento dedicado a cada uno de ellos no hubiera sido suficiente para que fueran eficaces. En el estudio de un caso que utilizaba y ampliaba la versión del protocolo del EIE/EP con una víctima de violación que tenía una complicada historia traumática previa, Nishith *et al.* (1995) encontraron disminuciones significativas de los síntomas del TEP en todos los niveles, lo mismo que de los síntomas disociativos y de ansiedad, durante el postratamiento. Estas mejorías se mantenían en un seguimiento a los tres meses y los síntomas depresivos se reducían de forma significa-

tiva del postratamiento hasta los tres meses de seguimiento. Para los pacientes muy ansiosos, es posible que el entrenamiento en habilidades de afrontamiento del EIE no sea suficiente por sí solo, pero puede ayudar al paciente a controlar la ansiedad lo suficiente para que tolere el tratamiento con EP.

En un estudio de 24 ex combatientes de la guerra del Vietnam, Keane *et al.* (1989) compararon la inundación combinada con la relajación frente a controles de lista de espera. Los sujetos que recibieron tratamiento informaron de menos depresión, ansiedad, temor, hipocondría e histeria, de forma significativa, tanto en el postratamiento como en las evaluaciones que tuvieron lugar en un seguimiento de seis meses. Las evaluaciones por parte del terapeuta de los síntomas de invasión, de las reacciones de sobresalto, de la amnesia, de los problemas de concentración, de la impulsividad y de la irritabilidad eran también significativamente inferiores para el grupo de tratamiento que para el grupo control.

En otros experimentos y estudios de caso sin grupos control, varios investigadores han informado que la inundación era eficaz para reducir los síntomas en víctimas de agresiones físicas y sexuales (Haynes y Mooney, 1975), en sujetos que habían sufrido de incesto (Rychtarik *et al.*, 1984), en ex combatientes (Fairbank, Gross y Keane, 1983; Fairbank y Keane, 1982; Johnson, Gilmore y She- noy, 1982; Keane y Kaloupek, 1982; Schindler, 1980) y en víctimas de accidentes (McCaffrey y Fairbank, 1985).

Se ha encontrado también que la desensibilización sistemática o la exposición en vivo son eficaces para reducir los síntomas específicos del TEP, especialmente los síntomas de invasión y de activación. Peniston (1986) asignó aleatoriamente 16 ex combatientes a una condición de no tratamiento o a un protocolo de 48 sesiones, durante 4 meses, que utilizaba la desensibilización ayudada por *biofeedback* EMG. El grupo de tratamiento informó de menor tensión muscular, menos pesadillas y recuerdos retrospectivos (*flashbacks*), de forma significativa, que el grupo de no tratamiento. En un estudio sin grupo control con 10 ex combatientes, Bowen y Lambert (1986) encontraron también que la desensibilización sistemática era eficaz para reducir los síntomas de activación. En otras investigaciones y estudios de caso sin grupo control, se encontró que la desensibilización sistemática era eficaz para reducir los síntomas de temor, ansiedad, depresión y de TEP, y para mejorar la adaptación social en víctimas de violación (Frank y Stewart, 1984; Turner, 1979; Wolff, 1977) y en víctimas de accidentes (Fairbank, DeGood y Jenkins, 1981; Muse, 1986).

IV. LA TEORÍA DEL PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Resick y Schnicke (1992, 1993) han planteado que el afecto postraumático no se limita al temor y que los individuos con un TEP pueden igualmente experimentar otras fuertes emociones, tales como vergüenza, ira o tristeza. Estas emociones surgen directamente del trauma, pero también de las interpretaciones que hacen los individuos sobre el acontecimiento traumático y del papel que han jugado en él. Aunque basándose también en la teoría del aprendizaje, esos autores

han propuesto una teoría más cognitiva del TEP basada en la teoría del procesamiento de la información. Esta teoría tiene que ver con cómo se codifica, se organiza, se almacena y se recupera la información en la memoria (Hollon y Garber, 1988). La gente desarrolla esquemas cognitivos o mapas genéricos para ayudarse en este proceso. Por consiguiente, la información se interpreta normalmente en términos de esquemas cognitivos. La nueva información que es congruente con las creencias previas sobre sí mismo o el mundo se asimila rápidamente y sin esfuerzo, ya que la información encaja con los esquemas y se necesita poca atención para incorporarla. Por otra parte, cuando sucede algo que discrepa con el esquema, los individuos tienen que reconciliar este acontecimiento con sus creencias sobre sí mismo y sobre el mundo. Sus sistemas de creencias, o sus esquemas, deben modificarse o adaptarse para incorporar esta nueva información. Sin embargo, se evita a menudo este proceso debido al potente afecto asociado con el trauma y porque la modificación de las creencias puede hacer que las personas se sientan más vulnerables ante acontecimientos traumáticos futuros. Por ejemplo, mucha gente cree que las cosas malas les suceden a la gente mala y las cosas buenas a la gente buena. Esta creencia necesitaría modificarse después de que ha ocurrido algo traumático. Sin embargo, incluso cuando las víctimas aceptan que a ellas les pueden suceder cosas malas de las que no son responsables, pueden sentirse más ansiosas sobre la posibilidad de un futuro daño. De este modo, en vez de adaptar sus creencias para incorporar el trauma, las víctimas pueden distorsionar (asimilar) el trauma para mantener intactas sus creencias.

En el caso de un potente afecto, puede suceder que no se dé el procesamiento cognitivo ya que las víctimas del trauma evitan dicho afecto y, por consiguiente, nunca adaptan la información debido a que nunca recuerdan del todo lo que sucedió o no piensan lo que significa (es decir, no procesan el acontecimiento). Algunas personas creen creyendo que las emociones constituyen una señal de debilidad o que deberían evitarse. Aunque la gente puede ser capaz de distraerse de, o desviar, la experiencia afectiva normal, los acontecimientos traumáticos están asociados con una emoción mucho mayor que no puede evitarse totalmente. Puede que los individuos con un TEP tengan que trabajar duro para cortar su respuesta afectiva. Además, debido a que la información sobre el acontecimiento traumático no ha sido procesada, categorizada y adaptada, los recuerdos del trauma continúan surgiendo durante el día como recuerdos retrospectivos (*flashbacks*) o estímulos recordatorios invasores, o durante la noche bajo la forma de pesadillas. Surgen también las respuestas emocionales y la activación, que forman parte del recuerdo del trauma, lo que desencadena una mayor evitación.

Teniendo en cuenta este modelo de procesamiento de la información, es necesaria la expresión afectiva, no para la habituación, sino con el fin de que el recuerdo del trauma se procese totalmente. Se supone que el afecto, una vez que se ha tenido acceso a él, se desvanecerá rápidamente y puede empezar el trabajo de adaptar los recuerdos a los esquemas.

IV.1 La terapia de procesamiento cognitivo

La terapia de procesamiento cognitivo (TPC) se desarrolló con el fin de facilitar la expresión del afecto y la adaptación apropiada del acontecimiento traumático a los esquemas más generales sobre uno mismo y el mundo (Resick y Schnicke, 1993). Desarrollada originalmente para ser empleada con las víctimas de violación y de delitos, la TPC se adaptó a partir de técnicas cognitivas básicas planteadas por Beck y Emery (1985). Después de presentar el componente educativo en el que se describen los síntomas del TEP y se explican a la luz de la teoría del procesamiento de la información, se pide a los pacientes que consideren qué es lo que significa para ellos el que les haya ocurrido el acontecimiento traumático. Se les enseña entonces a identificar la conexión entre acontecimientos, pensamientos y sentimientos. La fase siguiente de la terapia consiste en que el paciente recuerde el trauma detalladamente. En esta terapia particular, se le pide al paciente que escriba una descripción del acontecimiento, incluyendo detalles de los pensamientos, de los sentimientos y de las sensaciones. El paciente lee dicha descripción ante el terapeuta y lo vuelve a leer diariamente. Después de volver a escribir la descripción, la terapia pasa a la fase de cuestionamiento cognitivo. El terapeuta enseña al paciente a hacer preguntas sobre sus suposiciones y autoverbalizaciones con el fin de empezar a refutarlas. Se le enseña también a utilizar hojas de trabajo para cuestionar de forma sistemática y reemplazar las creencias y pensamientos desadaptativos.

Resick y Schnicke (1992) compararon víctimas de violación que recibieron terapia de procesamiento cognitivo con una muestra de lista de espera y encontraron que la TPC era muy eficaz. Hubo una disminución significativa de los síntomas del TEP y de la depresión y una mejoría significativa en la adaptación social. A los seis meses después del tratamiento, a ninguna de las mujeres tratadas se le diagnosticó un TEP. En los hallazgos preliminares de un ensayo con grupo control que comparaba la TPC y la EP, Resick, Astin y Nishith (1996) han encontrado que la TPC y la EP son ambas muy eficaces en el tratamiento del TEP, pero la TPC se muestra superior en la reducción de los síntomas de depresión. En ninguno de los estudios las muestras de comparación no tratadas informaron de ninguna mejoría. La terapia cognitiva de Beck se ha comparado también con la desensibilización sistemática para abordar la depresión en víctimas de violación (Frank *et al.*, 1988) y no se han encontrado diferencias entre tratamientos. Sin embargo, no se incluyó un grupo de control. Además, no se evaluaron los síntomas del TEP. Resick y Schnicke (1993) han señalado que una razón de que no se hayan encontrado diferencias entre tantos estudios sobre comparación de tratamientos puede deberse al hecho de que casi todos los tratamientos incluyen, bien formal o informalmente, información correctora que podría facilitar el procesamiento de la información.

La sección siguiente describe la terapia con mayor detalle. Se utilizan ejemplos de víctimas de violación. Sin embargo, la TPC se ha adaptado para una serie de poblaciones que han sufrido un hecho traumático, incluyendo víctimas de delitos, ex combatientes, víctimas de robos a bancos y víctimas de desastres. Se

ha desarrollado también una adaptación para sujetos que han sufrido abusos sexuales en la infancia (Chard, Weaver y Resick, 1996), arrojando mejoras significativas en los síntomas de TEP, de depresión y de malestar general. En estos momentos se están realizando investigaciones con grupos control de dicha adaptación.

IV.1.1. La terapia de procesamiento cognitivo sesión a sesión

SESIÓN 1

- i. Descripción general del tratamiento
- ii. Educación: El TEP y el mantenimiento de los síntomas
- iii. Recogida de información: Los síntomas del TEP y otros relacionados en la paciente
- iv. Educación: Teoría del procesamiento de la información
- v. Recogida de información: La agresión sexual a la paciente
- vi. Presentación de la explicación y los objetivos del tratamiento
- vii. Asignación de las tareas para casa: Informe del impacto

Los principales objetivos de la sesión 1 son la educación, la recogida de información y la formación de una buena relación terapéutica. Se le presenta a la paciente información sobre el TEP, sobre la teoría del procesamiento de la información (incluyendo la asimilación y la adaptación), por qué se desarrolla el TEP y cómo se mantiene. El terapeuta invita a la paciente a que describa los síntomas que le son más problemáticos e insiste en que es normal que los individuos que han sufrido traumas tengan esos síntomas. En el contexto de esta información, el terapeuta presenta una descripción general de los componentes del tratamiento, plantea los principales objetivos del mismo y proporciona una explicación de éste.

El propósito de todo esto es ayudar a la paciente a entender lo que entrañará el tratamiento e insistir en la importancia de adherencia al mismo. Puesto que la conducta de evitación es un componente principal del TEP y podría interferir con el tratamiento, se le pone sobre aviso a la paciente y se le anima para que se dé cuenta del deseo de saltarse las sesiones de tratamiento o de no completar las tareas para casa. Normalmente, por medio de la anticipación de la conducta de evitación y de etiquetar cualquier esfuerzo por evitar las cosas como "evitación", se consigue que la mayoría de los pacientes sigan lo suficiente el protocolo de tratamiento. Otra función importante de esto consiste en invitar a la paciente a que considere el tratamiento como una colaboración entre ella y el terapeuta y que comprenda que el éxito depende de los esfuerzos de la paciente y de los del terapeuta.

Además, el terapeuta pedirá a la paciente que relate brevemente lo que le sucedió. La mayoría de nuestros pacientes han pasado ya una amplia evaluación, de modo que no es necesario profundizar en este momento, ni considerar los aspectos específicos del trauma ni los síntomas de la paciente. Sin embargo, al preguntar sobre el trauma, el terapeuta es capaz de plantear en un estilo no evaluador el protocolo de tratamiento, transmitiendo que el centro del mismo será

directamente la experiencia traumática. Esto permite también que el terapeuta y la paciente se conozcan mutuamente y que aquél empiece a anticipar los puntos de bloqueo de ésta. Al final de la sesión, se instruye a la paciente para que escriba al menos una página sobre lo que significa el trauma para ella con especial referencia a sus creencias sobre sí misma y sobre los demás.

SESIÓN 2

- i. Repaso de las tareas para casa: La paciente lee lo que ha escrito sobre el impacto del suceso traumático
- ii. Identificar los puntos de bloqueo¹
- iii. Introducir la conexión entre los pensamientos y los sentimientos
- iv. Introducir las hojas con el A-B-C
- v. Asignar las tareas para casa: Las hojas con el A-B-C

El objetivo de esta sesión es empezar a identificar los puntos de bloqueo de la paciente. En un principio, el terapeuta pregunta a la paciente cómo le fue al escribir el informe sobre el impacto y qué aprendió de ello. Esto se procesa brevemente y se elogia a la paciente por empezar a pensar sobre la experiencia traumática. Luego se le pide que lea en voz alta el informe sobre el impacto. La tarea del terapeuta es escuchar los puntos de bloqueo que son evidentes en el informe. Cuando la paciente ha terminado, el terapeuta la ayuda a identificar los puntos de bloqueo y la examina de ellos brevemente.

En esta fase no se intenta ningún tipo de cuestionamiento. De vez en cuando el terapeuta puede explorar con mayor profundidad un punto de bloqueo para determinar lo arraigada que está la creencia. Por ejemplo, en el caso de una paciente que afirma que no se puede fiar de ningún hombre, el terapeuta podría preguntar, «¿No existe *ningún* hombre de quien se fie? ¿Ni siquiera uno?». La mayoría de las pacientes puede pensar en al menos uno o dos hombres de los que se puede fiar y esto puede ayudarla a darse cuenta de que dicha creencia no es absoluta. Otras pacientes pueden mantener firmemente que nunca han conocido a un hombre en quien se pudiera confiar. Esto da al terapeuta una idea del grado de flexibilidad de la paciente y del trabajo que le queda por hacer. Este proceso introduce también en la paciente la idea de que existen otras perspectivas.

La mayoría de las pacientes completan esta tarea. Sin embargo, cuando las conductas de evitación son potentes, algunas pacientes pueden acudir a la sesión sin haber realizado sus tareas para casa. En estos casos, es esencial que el terapeuta etiquete amablemente este comportamiento como de evitación (cualquiera que sea la excusa de la paciente) y luego proceda haciendo que la paciente lleve a cabo la tarea para casa en la sesión con el terapeuta y se le vuelve a asignar la

¹ Los "puntos de bloqueo" o "puntos de conflicto" pueden implicar un conflicto entre las creencias anteriores de la persona y el acontecimiento traumático o ser simplemente aspectos respecto a los cuales el individuo tiene problemas para seguir adelante (es decir, se encuentra "bloqueado" o "inmovilizado").

misma tarea para casa. Esto plantea el mensaje de que la tarea para casa es importante y de que la evitación no será recompensada.

Después, se introduce la conexión entre los pensamientos y los sentimientos. En otras palabras, lo que pensamos afecta a lo que sentimos y viceversa. Por ejemplo, un estudiante suspende un examen. Se dice a sí mismo, «Soy tonto». Este pensamiento le lleva a sentimientos de tristeza y de ira (contra sí mismo). Sin embargo, si se dice a sí mismo, «No estudiaste mucho; necesitas hacerlo para el siguiente examen», es más probable que el estudiante se sienta menos molesto por no haber estudiado y se proponga hacerlo mejor la próxima vez. Los pensamientos o autoverbalizaciones correctos conducen a sentimientos apropiados, mientras que las autoverbalizaciones erróneas o inexactas generan sentimientos no válidos o innecesarios. Los puntos de bloqueo constituyen una forma de autoverbalizaciones inexactas o desadaptativas que son el resultado de un exceso de adaptación y de una asimilación errónea. El entender esta conexión se hace crucial a la hora del tratamiento, cuando se enseña a la paciente a cuestionar los puntos de bloqueo.

Con el fin de enseñar a la paciente a separar los pensamientos de los sentimientos, se presentan las hojas con el A-B-C (véase figura 6.1). La columna A es para los acontecimientos, la columna B para los pensamientos y la columna C para los sentimientos. En el ejemplo anterior, «Suspendí el examen» se incluiría en la columna A, «Soy tonto» iría en la columna B y «Me siento triste y enojado» se pondría en la columna C. A veces colocamos el término «Me siento» antes de un pensamiento (p. ej., «Me siento tonto») y lo consideramos un sentimiento, cuando es realmente un pensamiento («Soy tonto») lo que genera sentimientos (tristeza, ira, etc.). Por consiguiente, se le presentan a la paciente cuatro emociones básicas: ira, tristeza, alegría y temor. Cada una de ellas puede variar en intensidad y pueden mezclarse con otros sentimientos para crear unos nuevos. Entonces, se le pide a la paciente que se concentre en estos cuatro sentimientos con el fin de identificarlos. Como tarea para casa, se le asigna a la paciente que rellene al menos dos hojas con el A-B-C cada día. Una debería girar alrededor de un pensamiento sobre la violación y otra sobre un suceso cotidiano, negativo o positivo. Puesto que la mayoría de la gente encuentra más fácil identificar acontecimientos y/o sentimientos, se instruye a la paciente para que empiece con la columna A o C.

SESIÓN 3

- i. Repasar y clarificar la tarea para casa: Hojas con el A-B-C
- ii. Asignar tareas para casa: Descripción por escrito de la violación. Seguir con las hojas A-B-C

La mayor parte de esta sesión se dedica a repasar las hojas A-B-C con la paciente. El terapeuta se asegura que los pensamientos y los sentimientos se colocan correctamente en sus respectivas columnas, que los pensamientos no se confunden con los sentimientos y viceversa, y que sentimientos apropiados se

FIGURA 6.1. Hoja A-B-C

Fecha: _____		Paciente: _____	
ACONTECIMIENTO ACTIVANTE		CREENCIA	
A		B	
«Algo sucedió»		«Me dije algo»	
Alguien en mi piso apagó la luz. Esté muy oscuro. Empecé a sudar y a temblar.	Me golpearon salvajemente y me violaron	Alguien está en la entrada planeando atacarme. He perdido el control, debería controlarme. Debería haberme imaginado que ..	Podría suceder (sucederá) otra vez. Mis seres queridos y yo nunca estaremos a salvo. Tarde o temprano alguien me hará daño a mí o a mi hija
		C	
		«Sentí e hice algo»	
		Asustada, con pánico	Asustada Enojada Triste
		Frustrada (conmigo misma)	
¿Te parece razonable que te dijeras "B" en la situación anterior?			
¿Qué te puedes decir en este tipo de situaciones en el futuro?			

encuentran asociados a los pensamientos correctos. Con respecto a esto último, las pacientes a veces escriben varios pensamientos y sentimientos sin indicar cuáles van juntos. Un pensamiento puede generar uno o varios sentimientos. De igual manera, varios pensamientos pueden generar el mismo sentimiento. Sin embargo, cuando hay múltiples pensamientos o sentimientos, el terapeuta debería intentar encontrar las asociaciones y si existen otros pensamientos o sentimientos. Esto es importante porque a menudo una autoverbalización o creencia más problemática subyace a la creencia que la paciente ha identificado. Si no se identifica el pensamiento subyacente, se continuarán generando los sentimientos asociados.

Como tarea para casa, se pide a la paciente que describa por escrito la violación. Debe de escribir lo que le sucedió con tanto detalle como le sea posible. Tiene que incluir detalles sensoriales (qué vio, sintió, oyó, olió, gustó, etc.) y lo que estaba pensando y sintiendo en ese momento. Se instruye a la paciente a que empiece esta tarea inmediatamente y que no espere hasta el día antes de la sesión. Si necesita detenerse debido a sentirse abrumada por las emociones, debe trazar una línea donde se detuvo y volver a terminarlo más tarde. A menudo, los puntos en los que la paciente tuvo que detenerse proporcionan indicios importantes al terapeuta sobre los puntos de bloqueo de la paciente. Se anima a ésta a que se permita experimentar los sentimientos conforme van surgiendo. El terapeuta debería insistir en que es normal que surjan emociones y que constituye una indicación del procesamiento emocional. Las emociones relacionadas con el trauma necesitan procesarse, y, una vez que ella empieza a hacerlo, las emociones aumentan su intensidad y luego disminuyen. Es también útil informar a la paciente que puede experimentar síntomas fisiológicos (p. ej., náuseas, taquicardia, etc.) mientras escribe sobre la violación y que esto es también una parte normal del procesamiento de las emociones asociadas al trauma. Además, se le instruye para que lea su descripción al menos una vez antes de la siguiente sesión. Se le pide también que continúe rellenando las hojas A-B-C con el fin de fortalecer la conexión entre los pensamientos y los sentimientos.

SESIÓN 4

- I. Repasar y clarificar las hojas A-B-C
- II. La paciente lee la descripción por escrito de la violación
- III. El cuestionamiento de los puntos de bloqueo
- IV. La asignación de las tareas para casa: Segunda descripción por escrito de la violación, Continuar con las hojas A-B-C

Al comienzo de esta sesión, el terapeuta y la paciente repasan las hojas A-B-C y clarifican cualquier problema que haya. Luego, el centro de atención se vuelve hacia la descripción por escrito de la violación. El terapeuta plantea cómo experimentó la paciente esta tarea, qué clases de emociones sintió y si hubo algunas sorpresas. Luego se le pide que lea la descripción en voz alta y despacio. De nuevo, se le anima para que se permita sentir cualquier sentimiento

que surja durante la lectura de la descripción. El propósito de esta tarea es doble. En primer lugar, funciona como un componente de exposición que permite que la paciente procese el recuerdo traumático y el afecto asociado. En segundo lugar, proporciona al terapeuta (y en último término a la paciente) información básica sobre la secuencia de acontecimientos de la experiencia traumática e información adicional sobre los puntos de bloqueo de la paciente. Por ejemplo, la descripción contiene normalmente información que indica que la paciente no causó el trauma, incluso aunque ella crea que sí lo hizo. El terapeuta utilizará esto cuando se empiecen a cuestionar los puntos de bloqueo referidos a echarse la culpa.

En su forma ideal, la descripción del trauma por parte de la paciente será rica en detalles y ésta será capaz de expresar un considerable afecto durante la lectura expositiva. Sin embargo, es muy frecuente que los pacientes se contengan la primera vez que describen por escrito el trauma y el relato que resulta puede ser breve o del tipo de lo que Resick y Schnicke (1992) denominan como versión "registro policíaco" del trauma, es decir, los hechos básicos mínimos sin detalles o emociones esenciales. Después de la lectura, el terapeuta ayudará a la paciente a procesar lo que acaba de leer, especialmente en términos de afecto. ¿Qué clase de emociones sintió? ¿Cómo eran de intensas? ¿Sintió cambios fisiológicos conforme leía (aumento del ritmo cardíaco, etc.)? Si pareció no expresar emociones, ¿qué sucedió? Con respecto al contenido o a la secuencia, ¿hubo algunas sorpresas? Todo esto se procesa en el contexto de la explicación del tratamiento, es decir, que las emociones dolorosas asociadas con el recuerdo traumático tienen que sentirse y dejar que sigan su curso con el fin de que se rompa la conexión entre el recuerdo traumático y las emociones y que éstas disminuyan su intensidad. En otras palabras, es normal que la paciente sienta emociones negativas intensas conforme aborda el recuerdo traumático, pero si ella se permite sentir y procesar estos sentimientos, disminuirán con el tiempo. Se debe insistir en esta explicación, especialmente si la paciente es reacia a sentir los sentimientos asociados con el trauma, ya que esto es esencial para el proceso de recuperación.

En este punto, el terapeuta empieza a cuestionar amablemente los errores de asimilación de la paciente (culparse a sí misma, negación y minimización), pero de forma más sistemática. Esto se lleva a cabo normalmente de manera indirecta por medio del cuestionamiento socrático y con el terapeuta mostrando confusión. Así, el terapeuta no dice a la paciente que no se tiene que culpar porque no hay forma de que pudiera haber conocido lo que iba a pasar. Por el contrario, el terapeuta podría pedir a la paciente que explicase por qué fue su culpa. Por ejemplo, el terapeuta podría decir: «No estoy seguro si entendí bien. Te atacó un hombre con una pistola, pero tú dijiste que la violación era culpa tuya porque no luchaste lo suficiente. Cuéntame otra vez ¿qué se suponía que tenías que hacer y cuándo tuviste una oportunidad de hacer algo diferente a lo que hiciste?». A menudo el terapeuta hará que la paciente vuelva a su descripción y que repase la secuencia de acontecimientos con el fin de encontrar pruebas de sus afirmaciones. En este punto, la paciente empieza a desarrollar cierto conocimiento de que el acontecimiento traumático realmente fue una violación y que no lo causó ella.

Como tarea para casa, se le pide que vuelva a escribir la descripción de la violación. Se insiste en que añada más detalles y experiencias sensoriales así como sus pensamientos y sentimientos conforme está escribiéndolo. Como antes, tiene que leer esta explicación al menos una vez antes de la siguiente sesión, pero sería preferible que lo hiciera a diario. El propósito de esta segunda exposición es asegurarse que ha ocurrido un procesamiento emocional adecuado. Igualmente, debido a que ha tenido lugar cierto cuestionamiento formal de los errores de asimilación, la paciente tiene ahora la oportunidad de empezar a desarrollar perspectivas nuevas, más exactas, sobre la violación conforme procesa el recuerdo del trauma. Si el trauma de la paciente se compone de múltiples acontecimientos, el terapeuta podría pedirle también que escribiera una descripción de otro acontecimiento traumático importante. De nuevo, se pide a la paciente que continúe con las hojas A-B-C.

SESIÓN 5

- I. Repasar y clarificar las hojas A-B-C
- II. La paciente lee la segunda descripción por escrito de la violación
- III. Cuestionamiento de los puntos de bloqueo
- IV. Introducir las preguntas de cuestionamiento
- V. Asignar las tareas para casa: Preguntas de cuestionamiento

La estructura y los objetivos de esta sesión son similares a los de la sesión 4. Las hojas con el A-B-C se repasan brevemente y se clarifican si es necesario. El terapeuta y la paciente comentan la experiencia de la descripción escrita por segunda vez. Si ella escribió una descripción muy detallada la primera vez y fue capaz de sentir las emociones asociadas, normalmente informará que no pareció tan abrumador la segunda vez. Esto se explica en el contexto de la concepción del tratamiento, es decir, cuando la paciente procesa de forma adecuada sus emociones éstas disminuyen de intensidad con el tiempo. Si la primera vez la paciente hizo una descripción escrita sin mucho detalle o evitó sentir las emociones asociadas, a menudo informará que la segunda descripción fue más difícil de escribir y que se sintió peor. De nuevo, esto se explica en términos del concepto del tratamiento, es decir, la primera vez ella no estaba procesando las emociones de forma adecuada, pero ahora que no está evitando el proceso se están provocando las emociones negativas dolorosas, lo que es una señal de procesamiento. Luego, la paciente lee la segunda descripción en voz alta y, de nuevo, se le anima a que experimente sus sentimientos. Dependiendo del grado en que la paciente haya procesado estas emociones al final de esta sesión, el terapeuta puede asignar la tarea de continuar leyendo la descripción entre sesiones.

Después, el terapeuta cuestiona sistemáticamente los puntos de bloqueo, especialmente los errores de asimilación, incluyendo el culparse a sí misma. Aquí de nuevo el terapeuta manifiesta confusión sobre cómo encajan de forma lógica el acontecimiento real y las creencias de la paciente. Normalmente, al final de esta sesión, la paciente obtiene cierta comprensión de que no tiene sentido y ya no está tan convencida de que sus creencias sobre la violación sean correctas.

En este punto, el terapeuta introduce la «Hoja de preguntas de cuestionamiento», adaptada de Beck y Emery (1985). Estas doce preguntas (véase figura 6.2) están diseñadas para ayudar a la paciente a empezar a cuestionar sus puntos de bloqueo ella sola. El terapeuta explica lo que significa cada uno de ellos y plantea el ejemplo con uno de sus puntos. Como tarea para casa, se le pide que utilice las preguntas para cuestionar dos de ellos. El terapeuta la ayudará a elegirlos (normalmente estarán relacionados con echarse la culpa a sí misma), con el fin de asegurarse de que estos puntos de bloqueo se han planteado adecuadamente. Generalmente es útil para el terapeuta ayudar a la paciente a generar una lista por escrito de sus puntos de bloqueo en esta fase. El cuestionamiento de dichos puntos y de otros que se añadan más tarde, será el principal centro de atención durante el resto del tratamiento.

FIGURA 6.2. Hoja de preguntas para el cuestionamiento

Seguidamente se presenta una lista de preguntas para ayudarte a cuestionar tus creencias problemáticas o desadaptativas. No todas las preguntas serán apropiadas para la creencia que has elegido cuestionar. Contesta tantas preguntas como te sea posible con respecto a la creencia que has escogido.

- Creencia: _____
1. ¿Cuáles son las evidencias a favor y en contra de esta idea?
 2. ¿Estás confundiendo un hábito con un hecho?
 3. Tus interpretaciones de la situación, ¿se alejan demasiado de la realidad para ser precisas?
 4. ¿Piensas en términos de "todo o nada"?
 5. ¿Empleas palabras o frases que son extremas o exageradas? (p. ej., siempre, nunca, necesario, debería, tengo que, no puedo, etc.).
 6. ¿Estás sacando ejemplos seleccionados fuera de contexto?
 7. ¿Estás poniendo excusas? (p. ej., No es que tenga miedo, es que no quiero salir; Otras personas esperan que sea perfecta, o No quiero hacer la llamada porque no tengo tiempo)
 8. ¿Es fiable la fuente de información?
 9. ¿Estás pensando en términos de certezas en vez de probabilidades?
 10. ¿Confundes una baja con una alta probabilidad?
 11. ¿Se basan tus juicios en sentimientos en vez de en hechos?
 12. ¿Te estás centrando en factores irrelevantes?

SESIÓN 6

- I. Repaso de las tareas para casa: Preguntas de cuestionamiento sobre los puntos de bloqueo
- II. Introducción de los patrones erróneos de pensamiento
- III. Asignar tareas para casa. Patrones erróneos de pensamiento

La sesión 6 se dedica a revisar, corregir y clarificar el cuestionamiento por parte de la paciente de sus puntos de bloqueo. El terapeuta sigue cuestionando cualquier punto de bloqueo relativo a culparse a sí misma que se resista. Entonces el terapeuta introduce los «Patrones erróneos de pensamiento» (véase figura 6.3), adaptados también de Beck y Emery (1985). Los siete patrones se solapan considerablemente con las Preguntas de cuestionamiento, pero representan tipos más globales de errores de pensamiento. El terapeuta se detiene en cada uno de ellos y proporciona ejemplos de cada clase de patrón erróneo de pensamiento. Como tarea para casa, se pide a la paciente que considere qué tipo de patrón erróneo de pensamiento representa cada uno de sus puntos de bloqueo. Se le pide que los escriba y la(s) razón(es) por la(s) que cree que representan el patrón correspondiente.

FIGURA 6.3. Patrones erróneos de pensamiento

Seguidamente se presentan varios tipos de patrones erróneos de pensamiento que la gente emplea en distintas situaciones de la vida. Estos patrones a menudo se vuelven pensamientos automáticos, habituales, que hacen que nos comportemos de forma autodestructiva. Considerando tus propios puntos de bloqueo, encuentra ejemplos para cada uno de los patrones. Escribe el punto de bloqueo bajo el patrón apropiado y describe cómo encaja en ese patrón. Piensa en cómo te afecta dicho patrón.

1. Sacar conclusiones cuando faltan pruebas o son incluso contradictorias.
2. Exagerar o minimizar el significado de un acontecimiento (hinchas las cosas desproporcionadamente o les quitas importancia de forma inadecuada)
3. No prestar atención a aspectos importantes de una situación
4. Simplificar en exceso los acontecimientos o creencias como bueno/malo o correcto/incorrecto
5. Sobregeneralizar a partir de un único incidente (consideras un suceso negativo como un patrón de derrota interminable).
6. Leer la mente (supones que la gente piensa negativamente sobre ti cuando no existen pruebas claras de ello)
7. Razonar emocionalmente (razonas según cómo te sientes)

SESIÓN 7

- I. Repaso de las tareas para casa: Patrones erróneos de pensamiento y puntos de bloqueo
- II. Se introducen las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias
- III. Se introducen conceptos de seguridad
- IV. Se asignan tareas para casa: Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre seguridad

El terapeuta y la paciente repasan y discuten las tareas para casa sobre los Patrones erróneos de pensamiento. Los puntos de bloqueo de algunas pacientes se limitarán sólo a algunos patrones, mientras que otras incluirán a la mayoría de ellos. El terapeuta ayuda a la paciente a centrarse en los tipos de patrones erróneos de pensamiento que son más problemáticos para ella y discute de qué manera esto le ha impedido recuperarse de la violación. El terapeuta continúa cuestionando los puntos de bloqueo. Sin embargo, en este momento, las pacientes son capaces normalmente de realizar gran parte del cuestionamiento ellas solas, con la dirección del terapeuta.

En esta fase, el terapeuta introduce las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias (véase figura 6.4). Esta hoja de trabajo reúne todas las técnicas que la paciente ha aprendido hasta este momento, incluyendo: las Hojas A-B-C (columnas A y B); las Preguntas de cuestionamiento (columna C), y los Patrones erróneos de pensamiento (columna D). Además, estas hojas de trabajo han añadido columnas para ayudar a la paciente a reemplazar los pensamientos automáticos o puntos de bloqueo por pensamientos nuevos, más precisos, basados en las evidencias que la paciente ha sido capaz de encontrar a través del proceso de cuestionar cada punto de bloqueo. El terapeuta explica cada columna y trabaja con la paciente por medio de un ejemplo.

En las siguientes cinco sesiones (sesiones 8-12), se exploran y cuestionan los puntos de bloqueo de exceso de ajuste con respecto a los cinco temas siguientes: *seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad*. Debido a que los temas se encuentran entrelazados, los pacientes a veces saltan de unos a otros temas. Es preferible seguir el orden en el que se han presentado, porque cada uno de ellos se suele construir sobre el anterior. Generalmente, estos cinco temas son pertinentes para la mayoría de las víctimas de traumas interpersonales (violación, violencia doméstica, abuso infantil, etc.) y algunos pueden ser también importantes para individuos con otro tipo de traumas, como la experiencia de combate o desastres naturales. Encontramos que estos temas cubren la mayoría de las áreas de perturbación cognitiva para las personas violadas. Sin embargo, otras áreas propensas al exceso de ajuste pueden ser únicas para determinados traumas y el terapeuta debería considerarlas cuando trate otros tipos de trauma. Por ejemplo, es posible que los sujetos que han sufrido abusos sexuales en la infancia necesiten tratar con cuestiones específicas de desarrollo que se han distorsionado como consecuencia del abuso. Así, una persona podría adoptar la cognición, «La relación sexual es lo mismo que el amor. El único modo en que me amarán será por medio de la relación sexual».

FIGURA 6.4. Hoja de trabajo para el cuestionamiento de las creencias

Columna A	Columna B	Columna C	Columna D	Columna E	Columna F
<p>Situación</p> <p>Describe el(los) acontecimiento(s), acontecimiento(s) o creencia(s) que te condujo a la(s) emoción(es) desagradable(s)</p>	<p>Pensamientos automáticos</p> <p>Escribe el(los) pensamiento(s) automático(s) que procedió o precedieron a la(s) emoción(es)</p> <p>Evalúa la creencia en cada pensamiento automático de 0 a 100%</p>	<p>Cuestionamiento de los pensamientos automáticos</p> <p>Utiliza la hoja con las preguntas para cuestionamiento para examinar tu(s) pensamiento(s) automático(s) de la Columna B</p>	<p>Patrones erróneos de pensamiento</p> <p>Utiliza la hoja de los patrones erróneos de pensamiento para examinar tu(s) pensamiento(s) automático(s) de la Columna B.</p>	<p>Pensamientos alternativos</p> <p>¿Qué más puedo decir en vez de lo que hay en la Columna B?</p> <p>¿De qué otra manera puedo interpretar el acontecimiento en vez de hacerlo como en la Columna B?</p> <p>Evalúa la creencia en el(los) pensamiento(s) alternativo(s) de 0 a 100%.</p>	<p>Descatastrófico</p> <p>¿Qué es lo peor que podría suceder de lo que más realista?</p> <p>Las personas seguirán pensando que pueden hacerme daño durante toda la vida</p> <p>Incluso si sucediera así, ¿qué podría hacer?</p> <p>Solo pueden hacerlo si los dejo</p> <p>Resultado</p> <p>Vuelve a evaluar la creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s) en la Columna B de 0 a 100%</p> <p>30%</p> <p>Específica y evalúa la(s) emoción(es) posterior de 0 a 100%</p> <p>Triste - 25%</p> <p>Asustada - 25%</p>
<p>Hecho que me han hecho daño</p>	<p>Algo tiene que haberme hecho mal en mí de modo que él pudiera pensar que podía violarme precisamente a mí</p> <p>60%</p>	<p>Existen pocas evidencias reales excepto el modo como me siento conmigo misma, pensando "ser traicionada y obligada hacia la forma de pensar de que él no me haría daño"</p> <p>Confiar en un hábito de pensar sobre mí misma con el ser herida debido a lo que otras personas le han hecho a mi vida. La realidad demuestra que no tienen nada que ver algo de mí persona y el que haya sido violada</p>	<p>Sacando conclusiones - Los hombres violan por razones que tienen que ver con ellos mismos, no con las mujeres</p> <p>Exagerando un acontecimiento - El suceso indica que él fue violento, no que hay algo erróneo en mí.</p>	<p>No fui violada porque había algo erróneo en mí, sino porque había algo erróneo en él.</p> <p>75%</p>	<p>Resultado</p> <p>Vuelve a evaluar la creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s) en la Columna B de 0 a 100%</p> <p>30%</p> <p>Específica y evalúa la(s) emoción(es) posterior de 0 a 100%</p> <p>Triste - 25%</p> <p>Asustada - 25%</p>
<p>Emociones</p> <p>Especificar triste, enojada, etc. y evaluar el grado en que sientes cada emoción de 0 a 100%</p> <p>Triste - 75%</p> <p>Asustada - 50%</p>					

En la última parte de esta sesión, el terapeuta introduce temas sobre seguridad. La paciente recibe un folleto sobre los habituales puntos de bloqueo que se desarrollan alrededor de la seguridad de una misma y la de los demás después de una violación y una muestra de la Hoja de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, que ilustra cómo podría cuestionarse un punto de bloqueo sobre la seguridad. El terapeuta lo repasa con la paciente. La seguridad de una misma tiene que ver con lo que la paciente piensa sobre su capacidad para conseguir mantenerse a salvo. La seguridad de los demás se refiere a las creencias de la paciente sobre la seguridad o peligrosidad de los demás. Si la paciente tenía pensamientos positivos generales sobre ambos tipos de seguridad antes de la violación, estos pensamientos podrían haberse perturbado y la paciente podría suponer que nunca va a estar a salvo, bien debido a su propia incapacidad para conseguir un ambiente seguro o a la capacidad de otros individuos peligrosos para invadir su vida. Si sus puntos de vista anteriores a la violación eran negativos de forma poco realista, la violación podría confirmar estas creencias. El terapeuta le ayuda a establecer si sus creencias sobre la seguridad eran positivas o negativas antes de la violación y qué puntos de bloqueo sobre la seguridad son más importantes para ella. Como tarea para casa, se le asigna el trabajo de completar al menos dos hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, una de las cuales debe de ser un tema sobre seguridad. A menudo, es útil hacer que la paciente rellene una hoja de trabajo sobre uno de los más importantes puntos de bloqueo relativos a culparse a sí misma que ella ha cuestionado previamente, de modo que tenga una hoja de trabajo completa que incluya pensamientos alternativos.

SESIÓN 8

- i. Repaso y empleo de las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre seguridad
- ii. Repaso de otras Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, según se necesite
- iii. Se introducen cuestiones de confianza
- iv. Se asignan las tareas para casa. Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre confianza

En esta sesión, el terapeuta y la paciente repasan las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que la paciente ha rellenado sobre los puntos de bloqueo referentes a la seguridad (y cualquier otra hoja de trabajo, como la que trata del culparse a sí misma). El terapeuta y la paciente revisan las hojas de trabajo juntos. El trabajo del terapeuta consiste en asegurarse que la paciente ha identificado adecuadamente las emociones y los puntos de bloqueo y que ha cuestionado apropiadamente el punto de bloqueo empleando las preguntas de cuestionamiento y los patrones erróneos de pensamiento. El terapeuta puede añadir más material para fomentar el cuestionamiento del punto de bloqueo que puede que la paciente no haya tomado en consideración. Algunas pacientes tienen dificultades para provocar afirmaciones alternativas. El terapeuta y la pa-

ciente examinarán las afirmaciones alternativas de ésta para asegurarse que son realistas y precisas. Por ejemplo, una paciente cuyo punto de bloqueo es «Toda la gente es peligrosa» podría desarrollar una afirmación alternativa totalmente opuesta, «No hay razón para pensar que los demás son peligrosos». Esta afirmación alternativa no refleja la realidad de que hay algunas personas que son peligrosas o que no tienen en cuenta tus intereses. Por consiguiente, el terapeuta ayudaría a la paciente a incorporar esta realidad y a desarrollar otra afirmación alternativa. Por ejemplo, «Hay muchas personas que son seguras (y puedo pensar en ejemplos específicos de dichas personas) y otras que son peligrosas. Es correcto adoptar una posición neutral y observar las evidencias de si una persona determinada es peligrosa o no».

En la última parte de esta sesión, el terapeuta introduce cuestiones sobre confianza. La paciente recibe un folleto sobre habituales puntos de bloqueo que se desarrollan alrededor de la confianza en una misma y en los demás después de una violación y una muestra de la Hoja de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que ilustra cómo podría cuestionarse un punto de bloqueo sobre la confianza. El terapeuta lo repasa con la paciente. El fiarse de los demás tiene que ver con el grado en que se puede confiar en ellos. El fiarse de uno mismo se refiere al grado en que la paciente confía en su propio juicio. Si la paciente tenía pensamientos positivos generales sobre ambos tipos de confianza antes de la violación, estos pensamientos pueden haberse perturbado y la paciente puede suponer que no se puede fiar de nadie o que ya no puede confiar en su propio juicio. Si sus puntos de vista anteriores a la violación eran negativos de forma poco realista, puede parecer que la violación confirmase esas creencias. El terapeuta le ayuda a establecer si sus creencias sobre la confianza eran positivas o negativas antes de la violación y qué puntos de bloqueo sobre la fiabilidad son los más importantes para ella. Como tarea para casa, se le asigna el trabajo de rellenar al menos dos hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, una de las cuales debería ser sobre un tema de confianza.

SESIÓN 9

- i. Repaso y empleo de las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre confianza
- ii. Repaso de otras Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias según se necesite
- iii. Se introducen los temas de poder/control
- iv. Se asignan las tareas para casa: Dos Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre temas de poder/control

El terapeuta y la paciente repasan las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que la paciente ha rellenado sobre puntos de bloqueo relativos a la confianza. En este punto, la paciente es capaz normalmente de cuestionar los puntos de bloqueo sola y puede que únicamente necesite pequeñas ayudas y retoques por parte del terapeuta. Se conceptualiza que la confianza existe sobre un continuo. En otras palabras, se puede confiar en algunas perso-

nas totalmente, de otras uno se puede fiar en algunas cosas, pero no en otras, y de algunos individuos no se puede fiar en absoluto. Con el fin de averiguar las diferencias, se anima a la paciente a que adopte una posición neutral con los demás, ni fiándose ni dejándose de fiar, pero esperando evidencias que sugieran que es apropiado fiarse de ese individuo.

En la última parte de esta sesión, el terapeuta introduce los temas de poder y control. La paciente recibe un folleto sobre habituales puntos de bloqueo que se desarrollan alrededor de los temas de poder y control. De nuevo, se proporciona a la paciente una muestra de la Hoja de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que ilustra cómo se pueden cuestionar los temas de poder y control. El terapeuta lo repasa con la paciente. Los temas de poder y control con respecto a una misma y a los demás tienen que ver con percepciones de no tener poder o control, mientras que los demás sí lo tienen. Si la paciente tenía creencias positivas sobre el poder y control antes de la violación, estas creencias podrían haber sido destruidas y la paciente pudiera responder a estos puntos de bloqueo volviéndose claramente pasiva y preparándose para ser de nuevo una víctima. Una posición alternativa sería el tratar de controlar todas las facetas de su vida que pudieran entrometerse en las relaciones interpersonales. Si sus puntos de vista antes de la violación eran negativos de forma poco realista, pudiera parecer que la violación confirmase esas creencias. El terapeuta la ayuda a establecer si sus creencias sobre el poder y el control eran positivas o negativas antes de la violación y qué puntos de bloqueo son más importantes para ella. Como tarea para casa, se le asigna la de rellenar al menos dos Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, una de las cuales debería ser sobre el tema del poder y el control.

SESIÓN 10

- I. Repaso y empleo de las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre poder y control
- II. Repaso de otras Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias según se necesite
- III. Se introduce el tema de la estima
- IV. Se hace que la paciente rellene la Hoja para la identificación de suposiciones comunes
- V. Se asignan las tareas para casa

El terapeuta y la paciente repasan las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que la paciente ha rellenado sobre puntos de bloqueo relativos al poder y al control. Una cuestión relevante para muchas pacientes, dependiendo de la cultura y el ambiente familiar en el que fueron educadas, es si las emociones son permisibles y si las emociones tienen que controlarse en todo momento. Esto es evidente normalmente a partir de la manera en que la paciente respondió a la incitación del terapeuta de que experimentara los sentimientos en las primeras sesiones y puede que sea necesario abordarse en esta sesión como un punto de bloqueo relativo al poder/control. Las pacientes a menudo mantienen

creencias dicotómicas con respecto al control (p. ej., «Si no tengo el control total, entonces he perdido totalmente el control»). Podría también quedar claro a las pacientes que aunque no tenían control sobre la experiencia traumática, eso no significa que no tengan control sobre los acontecimientos de sus vidas.

En la última parte de esta sesión, el terapeuta introduce los temas de la estima. La paciente recibe un folleto sobre los habituales puntos de bloqueo que se desarrollan alrededor de la estima. Se le proporciona una muestra de una Hoja de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que ilustre cómo podría cuestionarse un tema de estima. El terapeuta lo repasa con la paciente.

Los temas de autoestima tienen que ver con las percepciones de una misma como válida y buena. La estima hacia los otros tiene que ver con las percepciones de la paciente de que los demás tienen valía y son buenos o bien son malos y sin valía. Si la paciente mantenía creencias positivas sobre una misma y los demás antes de la violación, esas creencias podrían haber sido destruidas. Si sus puntos de vista antes de la violación eran negativos de forma poco realista, pudiera parecer que la violación confirmara esas creencias. El terapeuta le ayuda a establecer si sus creencias de estima eran positivas o negativas antes de la violación y qué puntos de bloqueo son más relevantes para ella. Además, se le presenta la Hoja para la identificación de suposiciones comunes (véase figura 6.5) y se le pide que indique las que percibe que son verdad para ella. Esto puede ayudarle a clarificar qué áreas de control y autoestima son problemáticas. Con respecto a las tareas para casa, se le asigna el trabajo de rellenar al menos dos Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, una de las cuales debe de ser sobre un tema de estima. Además, se le asigna la tarea de practicar el hacer y aceptar cumplidos diariamente, hacer algo agradable para ella cada día sin tener que ganárselo y escribir todo esto. Los últimos ejercicios tratan de ayudarla a volver a implicarse interpersonalmente y fomentan la autoestima.

SESIÓN 11

- I. Repaso y empleo de las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre la estima
- II. Repaso de otras Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias según se necesite
- III. Se introducen los temas de intimidad
- IV. Se asignan las tareas para casa: Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre la intimidad; Segundo informe sobre el impacto del acontecimiento traumático

El terapeuta y la paciente repasan las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que la paciente ha rellenado sobre los puntos de bloqueo referidos a la estima. Cualquier otro tema referente a echarse la culpa puede que necesite ser abordado con respecto a la autoestima. Además, el terapeuta y la paciente discuten sobre otras tareas para casa (aceptar cumplidos y hacer cosas agradables para una misma) y su conexión con la autoestima. Por ejemplo, el sentirse incómoda o desconfiada cuando le hacen un cumplido o el sentirse cul-

FIGURA 6.5. *Identificación de las suposiciones*

Seguidamente se describen una serie de creencias que mantienen algunas personas. Por favor, rodea con un círculo el número que se encuentra a la izquierda de las creencias que son ciertas para ti

A *Aceptación*

1. Tengo que ser cuidado/a por alguien que me quiera
2. Necesito que me comprendan
3. No me pueden dejar solo/a
4. No valgo nada a menos que me quieran
5. Ser rechazado/a es lo peor que me puede suceder
6. No soporto que los demás estén furiosos conmigo
7. Tengo que caerle bien a los demás
8. No puedo soportar estar separado de los demás
9. Las críticas significan un rechazo personal
10. No soy capaz de estar solo/a

B. *Competencia*

1. Eso hago eso soy
2. Tengo que ser alguien importante
3. El éxito lo es todo
4. En la vida existen ganadores y perdedores
5. Si no estoy en la cima, soy un fracaso
6. Si aminoro mi esfuerzo, fracasare
7. Tengo que ser el mejor en aquello que hago
8. Los éxitos de los demás disminuyen el mío
9. Si cometo un error, fracasare
10. El fracaso es el fin del mundo

C *Control*

1. Tengo que ser mi propio jefe
2. Soy el único que puede resolver mis problemas
3. No puedo soportar que los demás me digan lo que tengo que hacer
4. No soy capaz de pedir ayuda
5. Los demás tratan siempre de controlarme
6. Tengo que ser perfecto/a para tener control
7. O bien tengo todo bajo control o bien estoy totalmente fuera de control
8. No puedo soportar el estar fuera de control
9. Las reglas y las normas me aprisionan
10. Si permito que alguien consiga conocerme demasiado, me controlará

pable cuando realiza cosas agradables para ella misma sugiere un punto de bloqueo subyacente referente a la autoestima, p. ej., «No valgo lo suficiente para hacer esto para mí misma».

En la última parte de esta sesión, el terapeuta introduce los temas referentes a la intimidad. La paciente recibe un folleto sobre los habituales puntos de bloqueo que se desarrollan alrededor de la intimidad. Se le proporciona una muestra de la Hoja para el cuestionamiento de las creencias que ilustra cómo se podría cuestionar un tema de intimidad. El terapeuta lo repasa con la paciente.

Los temas sobre intimidad con respecto a los demás tienen que ver con las percepciones de la paciente sobre lo que significa intimar con los demás. Los temas de intimidad con uno mismo tienen que ver con la capacidad para utilizar recursos internos con el fin de autotranquilizarse cuando se siente mal. Si la paciente mantenía creencias positivas sobre relacionarse con los demás y sobre su propia capacidad para proporcionarse tranquilidad a sí misma antes de la violación, estas creencias podrían haber sido alteradas. Si sus puntos de vista antes de la violación eran negativos de forma poco realista, la violación podría confirmar estas creencias. El terapeuta le ayuda a establecer si sus creencias sobre la intimidad eran positivas o negativas antes de la violación y qué puntos de bloqueo eran los más relevantes para ella.

Como tareas para casa, se le asigna que rellene al menos dos Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, una de las cuales debería ser sobre un tema sobre intimidad. Se le pide que continúe haciendo y aceptando cumplidos a diario y que haga una cosa agradable para ella misma cada día sin tener que ganársela. Se le pide también que escriba un segundo informe sobre el impacto del acontecimiento traumático en el que expresa lo que significa para ella en este momento el que haya sido violada. Al igual que anteriormente, se le pide que escriba sobre cómo resultó afectada la visión de sí misma, de los demás y del mundo y cómo afectó a las cinco áreas objetivo del tratamiento: seguridad, confianza, poder/control, estima e intimidad.

SESIÓN 12

- I. Repaso y empleo de las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias sobre la intimidad
- II. Repaso de otras Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias según se necesite
- III. Se lee y se repasa el segundo informe sobre el impacto del acontecimiento traumático
- IV. Se repasan las ganancias obtenidas y los futuros objetivos: Terminación de la terapia

El terapeuta y la paciente repasan las Hojas de trabajo para el cuestionamiento de las creencias que la paciente ha rellenado sobre los puntos de bloqueo referidos a la intimidad. Luego se le pide que lea su nueva opinión sobre lo que significa para ella haber sido violada. Después, el terapeuta y la paciente discuten sobre cómo han cambiado sus puntos de vista sobre sí misma, sobre los de-

más y sobre el mundo durante el curso del tratamiento. En este punto, el terapeuta puede leer el primer informe de la paciente sobre el impacto del suceso traumático (de la sesión 2) y compararlo y contrastarlo con ella. (Si hay poco tiempo el terapeuta puede preferir entregar el primer informe a la paciente y resaltar las diferencias.) El propósito de ello es ayudarle a ver las ganancias y los cambios conseguidos durante el curso de la terapia, identificar áreas o puntos de bloqueo que siguen teniendo que ser trabajados y vérselas con aspectos de la terminación de la terapia. La terapia se plantea como el comienzo del camino hacia la recuperación, proporcionándosele un conjunto de herramientas y habilidades con las que abordar los puntos de bloqueo que todavía quedan. Se le da retroalimentación sobre las puntuaciones de las medidas de autoinforme en TEP y depresión. Se le recuerda que la recuperación es un proceso y que no es raro que algunos síntomas aumenten y disminuyan a lo largo del tiempo, especialmente cuando se encuentre con estímulos estresantes o experiencias que le recuerdan el trauma. Si vuelven los recuerdos invasivos, constituye una señal de que se necesita un poco más de procesamiento y se le anima a que no los evite, sino que se permita a sí misma pensar sobre la violación y sentir los sentimientos asociados. Si la paciente hace esto y continúa identificando puntos de bloqueo y cuestionándolos cuando sea necesario, los síntomas continuarán disminuyendo cada vez más con el paso del tiempo.

V. EL REPROCESAMIENTO Y LA DESENSIBILIZACIÓN POR MEDIO DE MOVIMIENTOS OCULARES

La terapia de Reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy, EMDR*) es la técnica más reciente con aplicación al TEP. Desarrollada originalmente por Shapiro (1995), la *EMDR* no se basó en hallazgos teóricos o empíricos de la literatura de investigación, sino en la observación casual de que los pensamientos problemáticos de esta autora se solucionaban cuando sus ojos seguían el movimiento acompasado de las hojas durante un paseo en el parque. Shapiro desarrolló la *EMDR* sobre la base de esta observación y sostuvo que los movimientos oculares laterales facilitaban la iniciación del procesamiento cognitivo del trauma por parte del paciente. Posteriormente, la *EMDR* se conceptualizó como un tratamiento cognitivo-conductual dirigido a facilitar el procesamiento de la información de los acontecimientos traumáticos y la reestructuración cognitiva de los pensamientos negativos relacionados con el trauma.

La *EMDR* se describe como un tratamiento de ocho fases que incluye: anamnesis, preparación del paciente, evaluación del problema, desensibilización, instalación, exploración corporal, conclusión y reevaluación de los efectos del tratamiento. En el protocolo básico de la *EMDR*, se le pide al paciente que identifique y centre la atención en el recuerdo o imagen traumática (fase de evaluación del problema). Luego, el terapeuta provoca la expresión de cogniciones o creencias negativas sobre el recuerdo. Entonces se le pide al paciente que asig-

ne una evaluación al recuerdo y a las cogniciones negativas con base en una escala SUDS de 11 puntos (0= nada de ansiedad; 10= la mayor ansiedad posible) y que sitúe la localización física de la ansiedad. Posteriormente, el terapeuta provoca cogniciones positivas en el paciente que se asociarían preferentemente con el recuerdo. Éstas se evalúan con base en una Escala para la validez de las cogniciones (*Validity of Cognitions Scale, VoC*; Shapiro, 1989) de 7 puntos, en donde 1= totalmente falso y 7= totalmente verdadero. Una vez que el terapeuta ha instruido al paciente en el procedimiento básico de la *EMDR*, se le pide que haga cuatro cosas conjuntamente (fase de desensibilización): i) visualizar el recuerdo; ii) ensayar las cogniciones negativas; iii) concentrarse en la sensación física de la ansiedad; y iv) seguir visualmente el dedo índice del terapeuta. Mientras el paciente hace esto, el terapeuta mueve rápidamente el dedo índice en un movimiento de vaivén de derecha a izquierda, a unos 30-35 cm de la cara del paciente, con dos de esos movimientos por segundo. Esto se repite 24 veces. Entonces se pide al paciente que deje la mente en blanco y tome aire profundamente. Posteriormente éste vuelve a traer el recuerdo y las cogniciones y asigna un valor SUDS. Los grupos de movimientos oculares se repiten hasta que el valor SUDS es igual a 0 ó a 1. En este punto, se le pregunta al paciente cómo se siente con respecto a las cogniciones positivas y se le da una evaluación VoC (fase de instalación).

La *EMDR* ha sido controvertida por numerosas razones, incluyendo la falta de fundamentos teóricos y la carencia de datos empíricos con una metodología sólida. En su propio estudio con grupos control sobre la *EMDR*, Shapiro (1989) informó que se trataron con éxito 22 ex combatientes con un TEP empleando una sesión de 90 minutos de *EMDR*. Desgraciadamente, esta sesión se basó en evaluaciones muy subjetivas de SUDS y VoC, en vez de hacerlo sobre medidas objetivas, estandarizadas, de los resultados del tratamiento. Aunque hay una serie de estudios de caso, de estudios sin grupo control y de datos informales que han indicado una mejoría de los síntomas del TEP utilizando la *EMDR* (Kleinknecht y Morgan, 1992; Lazgrove *et al.*, 1995; Lipke y Botkin, 1992; Marquis, 1991; McCann, 1992; Puk, 1991; Spector y Huthwaite, 1993; Wolpe y Abrams, 1991), sólo recientemente han empezado a surgir en la literatura estudios empíricos con grupos de comparación adecuados.

Varios de estos últimos han encontrado reducciones significativas de los síntomas del TEP y de la sintomatología asociada, como la depresión o la ansiedad, en sujetos que han recibido *EMDR* en comparación con sujetos control sin tratamiento (Rothbaum, 1995; Wilson, Becker y Tinker, 1995a). Otros autores han encontrado mejorías significativas en sujetos que recibieron *EMDR*, pero no hallaron diferencias al compararlo con otros tratamientos para el TEP (Boudewyns *et al.*, 1995; Carlson *et al.*, 1995; Vaughan *et al.*, 1994). Desafortunadamente, la mayoría de estos estudios tienen graves fallos metodológicos, como la inclusión de estímulos estresantes que no cumplen la definición del Criterio A del *DSM-IV* (APA, 1994) sobre un estímulo estresante traumático (Wilson *et al.*, 1995a); la inclusión de un importante número de sujetos que no cumplían los criterios diagnósticos para el TEP (Vaughan *et al.*, 1994; Wilson *et al.*, 1995a); y muestras extremadamente pequeñas (menos de 15 por celda) (Carlson *et al.*, 1995; Rothbaum, 1995; Vaughan *et al.*, 1994).

Sin embargo, en una muestra de 61 ex combatientes, todos los cuales cumplían los criterios diagnósticos para el TEP, Boudewyns *et al.* (1995) encontraron que la *EMDR* era igual de eficaz que la exposición prolongada para reducir los síntomas del TEP, la depresión, la ansiedad y la tasa cardíaca. En este estudio, los sujetos se asignaron aleatoriamente a tres grupos. Estos tres grupos recibieron el tratamiento estándar que se componía de ocho sesiones de terapia de grupo y de unas pocas sesiones individuales no programadas. Un grupo recibió solamente este tratamiento estándar. El segundo y tercer grupo recibieron también bien 5-8 sesiones de *EMDR* ó 5-8 sesiones de exposición prolongada. Los tres grupos mejoraron significativamente los síntomas del TEP. El grupo de sólo terapia de grupo no mejoró en depresión y mostró aumento de la ansiedad y de la tasa cardíaca, mientras que los otros dos grupos mejoraron en todas las medidas.

Dos estudios han encontrado resultados negativos o confusos para la *EMDR*. El estudio de Pitman *et al.* (1993) con 17 ex combatientes comparó 12 sesiones de *EMDR* con un procedimiento de fijar los ojos en el que el terapeuta daba un golpecito de forma alternativa en cada pierna del sujeto. El grupo *EMDR* informó de una mejora significativamente mayor en medidas de malestar subjetivo, medidas de autoinforme de invasión y evitación del TEP y síntomas psiquiátricos. Sin embargo, no se observaron efectos en otros autoinformes y entrevistas estructuradas del TEP. Jensen (1994) comparó dos sesiones de *EMDR* con la falta de tratamiento en 25 ex combatientes y no encontró mejorías en ninguno de los grupos en medidas estandarizadas del TEP. En ambos estudios se ha mostrado preocupación por la experiencia de los terapeutas con la *EMDR*.

Aunque Shapiro mantiene que los movimientos oculares laterales constituyen un componente terapéutico esencial de la *EMDR*, estudios que han investigado esto han encontrado resultados contradictorios. Renfrey y Spates (1994) trataron a una muestra de 23 víctimas de traumas heterogéneos con la *EMDR* estándar, con una variante en la que los movimientos oculares sacádicos se producían por medio de una tarea de seguimiento de una luz, o con otra variante en la que no se inducían movimientos oculares sacádicos y se instruyó a los sujetos para que fijasen su atención visual. Los tres grupos mejoraron significativamente en medidas del TEP, de depresión, de ansiedad, de tasa cardíaca, en las puntuaciones SUDS y en las VoC en el postratamiento y en un seguimiento que tuvo lugar a los 1-3 meses. No se encontraron diferencias entre tratamientos. Por el contrario, en una muestra de 18 víctimas de traumas diversos, Wilson, Silver, Covi y Foster (1995b) encontraron mejorías significativas en sujetos que recibieron *EMDR*, pero no en sujetos a quienes se les instruyó que fijaran su atención visual o en sujetos que daban golpecitos alternativamente con los pulgares derecho e izquierdo siguiendo a un metrónomo. Se utilizaron medidas fisiológicas, SUDS y VoC para evaluar los resultados, pero no medidas estandarizadas del malestar. Pitman *et al.* (1993), como se señaló anteriormente, encontraron resultados confusos.

No queda claro, por lo tanto, si los movimientos oculares laterales constituyen un componente esencial de la *EMDR* o no. La *EMDR* fuerza al paciente a pensar sobre el trauma, a identificar las cogniciones negativas asociadas con el trauma y a trabajar en el camino de las cogniciones positivas conforme procesan

los recuerdos traumáticos. Sin los movimientos oculares sacádicos, la *EMDR* es muy similar a una forma de terapia de procesamiento de la información que facilita el procesamiento del recuerdo traumático. Por consiguiente, cualquier eficacia demostrada por la *EMDR* puede ser más atribuible a la implicación del recuerdo traumático y a la facilitación del procesamiento de la información que a los movimientos oculares.

VI. DIRECTRICES FUTURAS

Desde la introducción del TEP como diagnóstico formal en 1980, se ha aprendido mucho sobre la etiología y el tratamiento del TEP en individuos traumatizados. Se han desarrollado, por lo menos, 3-4 clases de tratamientos cognitivo-conductuales que se han mostrado eficaces en el tratamiento de los síntomas del TEP. Sin embargo, ningún tratamiento hasta la fecha se ha mostrado más eficaz en general que los demás. Esto puede ser un artefacto de magnitudes del efecto pequeñas y de muestras relativamente cortas en complejos estudios comparativos o simplemente puede reflejar que cada uno de los tratamientos tiene la misma eficacia. Otra explicación es que esto puede reflejar un solapamiento de los tratamientos. Cada uno de los que se han revisado anteriormente es realmente un paquete de tratamiento que consta de varios componentes, algunos de los cuales son similares en los distintos tratamientos. En otras palabras, debido a que todos los tratamientos pueden incluir estos elementos en cierto grado, no está claro si es el procesamiento emocional o bien el procesamiento de la información el elemento crucial para la eliminación de los síntomas del TEP o si ambos son necesarios para un tratamiento eficaz. Comprender esto será importante para el perfeccionamiento de estas técnicas así como para el desarrollo de nuevos tratamientos.

Un tema de interés adyacente es averiguar qué tipos de individuos se beneficiarán más de qué clase de tratamiento. Aunque en este momento todos parecen eficaces, no sabemos todavía si una clase de tratamiento será preferible para determinados individuos o para trastornos comórbidos particulares. Por ejemplo, una víctima cuyo principal afecto asociado al trauma es el temor puede beneficiarse más de las técnicas de exposición. Por otra parte, las víctimas que están tan ansiosas que no pueden funcionar, pueden beneficiarse más de las técnicas para el control de la ansiedad. Por el contrario, las víctimas con una complicada historia de victimización que se culpan a sí mismas por sus traumas, pueden beneficiarse más de la terapia de procesamiento cognitivo. Además, no sabemos todavía cuántos trastornos comórbidos como los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias psicoactivas, la depresión y otros trastornos por ansiedad complicarán la elección del tratamiento. Aunque estos ejemplos son especulativos, ilustran la necesidad de examinar y perfeccionar nuestra comprensión de cómo se tratan los síntomas del TEP.

Finalmente, se necesita más trabajo para adaptar estos tratamientos a más poblaciones que hayan sufrido traumas. Los tres se han estudiado con víctimas

de violación y algunas partes de los tres se han empleado con ex combatientes. Se está empezando a explorar la aplicación de los tratamientos cognitivo-conductuales a otros grupos, como los niños que han padecido abusos y mujeres maltratadas. Aunque se puede suponer que harán falta pocas adaptaciones para pasar de un grupo a otro, los aspectos más importantes de cada trauma pueden ser considerablemente diferentes. Por ejemplo, los niños que han sufrido abusos experimentan frecuentemente perturbaciones en el desarrollo que el tratamiento debe abordar. Además, la cronicidad del trauma sufrido puede requerir más adaptaciones del protocolo para que sea eficaz. Es necesaria una mayor investigación y aplicación clínica para cumplir estos objetivos en el tratamiento del TEP.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición-revisada) (DSM-III-R). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Astin, M. C., Layne, C. M., Camilleri, A. J. y Foy, D. W. (1994). Posttraumatic stress disorder in victimization-related traumata. En J. Briere (dir.), *Assessing and treating victims of violence*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R. y Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 5-20.
- Blanchard, E. B. y Abel, G. G. (1976). An experimental case study of the biofeedback treatment of a rape induced psychophysiological cardiovascular disorder. *Behavior Therapy*, 7, 113-119.
- Blank, A. S. (1993). The longitudinal course of posttraumatic stress disorder. En J. R. T. Davidson y E. B. Foa (dirs.) *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Boudewyns, P. A., Hyer, L. A., Peralme, L., Touze, J. y Kiel, A. (agosto de 1995). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and exposure therapy in the treatment of combat-related PTSD: An early look*. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Psychological Association, Nueva York.
- Bowen, G. R. y Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. En C. R. Figley (dir.), *Trauma and its wake*, Vol. II. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L. y Muraoka, M. Y. (junio de 1995). *Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related post-traumatic stress disorder: A controlled study*. Comunicación presentada en la 4ª reunión anual de la European Conference on Traumatic Stress. París, Francia.
- Chard, K. M., Weaver, T. L. y Resick, P. A. (1996). Adapting cognitive processing therapy for work with survivors of childhood sexual abuse. Manuscrito enviado a revisión.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G. y Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
- Creamer, M., Burgess, P. y Pattison, P. (1992). Reactions to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452-459.
- Davidson, J. R. T. y Smith, R. D. (1990). Traumatic experience in psychiatric outpatients. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 459-476.
- Fairbank, J. A., DeGood, D. E. y Jenkins, C. W. (1981). Behavioral treatment of a persistent post-traumatic startle response. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 321-324.
- Fairbank, J. A., Gross, R. T. y Keane, T. M. (1983). Treatment of posttraumatic stress disorder: Evaluation of outcome with a behavioral code. *Behavior Modification*, 7, 557-568.
- Fairbank, J. A. y Keane, T. M. (1982). Flooding for combat-related stress disorders: Assessment of anxiety reduction across traumatic memories. *Behavior Therapy*, 13, 499-510.
- Foa, E. B. (noviembre de 1995). *Cognitive-behavioral approaches to the treatment of PTSD*. En J. Fairbank (Chair), *Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches to the treatment of PTSD*. Plenary Symposium realizado en la reunión anual de la International Society for Traumatic Stress Studies, Boston, Ma.
- Foa, E. B., Freund, B. F., Hembree, E., Dancu, C. V., Franklin, M. E., Perry, K. J., Riggs, D. S. y Moinar, C. (noviembre de 1994). *Efficacy of short-term behavioral treatments of PTSD in sexual and nonsexual assault victims*. Comunicación presentada en la 28 reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego Ca.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. S. y Murdock, T. B. (1991). Treatment of post-traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Foa, E. B., Steketee, G. y Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C. y West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403-420.
- Frank, E. y Stewart, B. D. (1984). Depressive symptoms in rape victims. *Journal of Affective Disorders*, 1, 269-277.
- Haynes, S. N. y Mooney, D. K. (1975). Nightmares: Etiological, theoretical, and behavioral treatment considerations. *Psychological Record*, 25, 225-236.
- Helzer, J. E., Robins, L. N. y McEnvoy, L. (1987). Post-traumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiological Catchment Area Survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Hickling, E. J., Sison, G. F. P. y Vanderploeg, R. D. (1986). Treatment of posttraumatic stress disorder with relaxation and biofeedback training. *Behavior Therapy*, 16, 406-416.
- Hollon, S. D. y Garber, J. (1988). Cognitive therapy. En L. Y. Abramson (dir.), *Social cognition and clinical psychology: A synthesis*. Nueva York: Guilford.
- Holmes, M. R. y St. Lawrence, J. S. (1983). Treatment of rape-induced trauma: Propo-

- sed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 417-433.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions*. Nueva York: Free Press.
- Jensen, J. A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMD/R) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311-325.
- Johnson, G. H., Gilmore, J. D. y Shenoy, R. Z. (1982). Use of a flooding procedure in the treatment of a stress-related anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 235-237.
- Keane, T. M. y Kaloupek, D. G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 138-150.
- Keane, T. M., Zimering, R. T. y Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavioral Therapist*, 8, 9-12.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N. y Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, Va: National Victim Center, Washington, D. C.
- Kilpatrick, D. G. y Resnick, H. S. (1993). Posttraumatic stress disorder associated with exposure to criminal victimization in clinical and community populations. En J. R. T. Davidson y E. B. Foa (dirs.) *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L. y Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33, 479-489.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. En C. R. Figley (dir.), *Trauma and its wake: Vol. 1. The study and treatment of posttraumatic stress disorder*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J. y Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape. En D. M. Doleys, R. L. Meredith y A. R. Cimunero (dirs.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies*. Nueva York: Plenum.
- Kleinknecht, R. y Morgan, M. P. (1992). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 43-49.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R. y Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862-886.
- Lazgrove, S., Triffleman, E., Kite, L., McGlashan, T. y Rounsaville, B. (noviembre de 1995). *The use of EMDR as treatment for chronic PTSD: Encouraging results of an open trial*. Comunicación presentada en la reunión anual de la International Society for Traumatic Stress Studies, Boston, Ma.
- Lipke, H. y Botkin, A. (1992). Brief case studies of eye movement desensitization and reprocessing with chronic post-traumatic stress disorder. *Psychotherapy*, 29, 591-595.
- March, J. S. (1993). What constitutes the stressor? The criterion A issue. En J. R. T. Davidson y E. B. Foa (dirs.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 187-192.

- McCaffrey, R. J. y Fairbank, J. A. (1985). Post-traumatic stress disorder associated with transportation accidents: Two case studies. *Behavior Therapy*, 16, 406-416.
- McCann, D. L. (1992). Post-traumatic stress disorder due to devastating burns overcome by a single session of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 319-323.
- McCann, I. L. y Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Meichenbaum, D. (1974). *Cognitive behavior modification*. Morristown, NJ: General Learning Press.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: A reinterpretation of "conditioning" and "problem solving." *Harvard Educational Review*, 17, 102-148.
- Muse, M. (1986). Stress-related, posttraumatic chronic pain syndrome: Behavioral treatment approach. *Pain*, 25, 389-394.
- Nishith, P., Hearst, D. E., Mueser, K. T. y Foa, E. B. (1995). PTSD and major depression: Methodological and treatment considerations in a single case design. *Behavior Therapy*, 26, 319-335.
- Peniston, E. G. (1986). EMG biofeedback-assisted desensitization treatment for Vietnam combat veterans' posttraumatic stress disorder. *Clinical Biofeedback and Health*, 9, 35-41.
- Pitman, R. K. (1993). Biological findings in posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-IV classification. En J. R. T. Davidson y E. B. Foa (dirs.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E. y Lasko, N. B. (mayo de 1993). *A controlled study of EMDR treatment for post-traumatic stress disorder*. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Psychological Association, Washington, D. C.
- Puk, G. (1991). Treating traumatic memories: A case report on the eye movement desensitization procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 149-151.
- Renfrey, G. y Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231-239.
- Resick, P. A. (julio de 1996). *The sequelae of trauma: Beyond posttraumatic stress disorder*. Keynote address presented at the annual meeting of the British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies, Southport, Inglaterra.
- Resick, P. A., Astin, M. C. y Nishith, P. (noviembre de 1996). Preliminary results of an outcome study comparing cognitive processing therapy and prolonged exposure. En P. A. Resick (Chair), *Cognitive-behavioral treatments for PTSD. New findings*. Symposium conducted at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Francisco, Ca.
- Resick, P. A. y Jordan, C. G. (1988). Group stress inoculation training for victims of sexual assault: A therapist manual. En P. A. Keller y S. R. Heyman (dirs.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 7). Sarasota (FL): Professional Resource Exchange.
- Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hunter, C. K. y Marhoefer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385-401.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1992). Cognitive Processing Therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-760.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, Ca: Sage.

- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E. y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 984-991.
- Resnick, H. S. y Newton, T. (1992). Assessment and treatment of post-traumatic stress disorder in adult survivors of sexual assault. En D. W. Foy (dir.), *Treating PTSD: Cognitive-behavioral strategies*. Nueva York: Guilford Press.
- Rothbaum, B. O. (noviembre de 1995). *A controlled study of EMDR for PTSD*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D. C.
- Rothbaum, B. O. y Foa, E. B. (1993). Subtypes of posttraumatic stress disorder and duration of symptoms. En J. R. T. Davidson y E. B. Foa (dirs.), *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, E. T. y Wayne, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 455-475.
- Rychtarik, R. G., Silverman, W. K., Van Landingham, W. P. y Prue, D. M. (1984). Treatment of an incest victim with implosive therapy: A case study. *Behavior Therapy, 15*, 410-420.
- Schindler, F. E. (1980). Treatment of systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 11*, 53-54.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress, 2*, 199-223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Nueva York: Guilford.
- Spector, J. y Huthwaite, M. (1993). Eye-movement desensitization to overcome post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry, 163*, 106-108.
- Stroebe, C. F. (1983). *Quieting reflex training for adults: Personal workbook (or practitioners guide)*. Nueva York: DMA Audio Cassette Publications.
- Turner, S. M. (1979). *Systematic desensitization of fear and anxiety in rape victims*. Comunicación presentada en el congreso de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Francisco, Ca.
- Vaughan, K., Armstrong, M. S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W. y Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training, and applied muscle relaxation in posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 25*, 283-291.
- Veronen, L. J. y Kilpatrick, D. G. (1982, noviembre). *Stress inoculation training for victims of rape: Efficacy and differential findings*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Los Angeles Ca.
- Veronen, L. J. y Kilpatrick, D.G. (1983). Stress management for rape victims. En D. Meichenbaum y M. E. Jaremko, (dirs.), *Stress reduction and prevention*. Nueva York: Plenum.
- Wilson, S. A., Becker, L. A. y Tinker, R. (1995a). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 928-937.
- Wilson, D. L., Silver, S. M., Covi, W. G. y Foster, S. (mayo de 1995b). *Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates*. Comunicación presentada en la reunión anual de la American Psychiatric Association, Miami, Fl.

- Wolff, R. (1977). Systematic desensitization and negative practice to alter the aftereffects of a rape attempt. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8*, 423-425.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Ca: Stanford University Press.
- Wolpe, J. y Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22*, 39-43.
- Yehuda, R., Southwick, S. M., Krystal, J. H., Bremner, J. D., Charney, D. S. y Mason, J. W. (1993). Enhanced suppression of cortisol following dexamethasone administration in post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 83-86.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Davidson, J. R. T. y Foa, E. B. (1993). *Posttraumatic stress disorder: DSM-IV and beyond*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Foy, D. W. (1992). *Treating PTSD: Cognitive-behavioral strategies*. Nueva York: Guilford.
- Freedy, J. R. y Hobfoll, S. E. (1995). *Traumatic stress: From theory to practice*. Nueva York: Plenum.
- Resick, P. A. y Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, Ca: Sage.

7. ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA

MICHEL J. DUGAS y ROBERT LADOUCEUR

1. INTRODUCCIÓN

El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) se encuentra entre los trastornos por ansiedad más frecuentes. Utilizando los criterios diagnósticos del *DSM-III-R*, Breslau y Davis (1985) encontraron una prevalencia del 9% en la población general. Sin embargo, dos estudios norteamericanos a gran escala arrojaron porcentajes más bajos. El estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) en distintos lugares halló una prevalencia del 4% para el TAG (citado en Barlow, 1988) y el National Comorbidity Survey (NCS) obtuvo cifras similares, mostrando una prevalencia durante seis meses del 3,1% y a lo largo de la vida del 5,1% (Kessler *et al.*, 1994). El NCS reveló también una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, a lo largo de la vida, del TAG, con un 6,6% y un 3,6%, respectivamente.

A pesar de su prevalencia, los profesionales de la salud mental informan que raramente ven pacientes con un TAG, en comparación con la mayor frecuencia de otros trastornos por ansiedad (Barlow *et al.*, 1986; Bradwejn, Berner y Shaw, 1992). Esta aparente contradicción puede explicarse de dos maneras. En primer lugar, los individuos con un TAG no suelen buscar ayuda para su problema. Comparado con otros trastornos por ansiedad, como el trastorno por pánico, el TAG está asociado a un malestar que presenta menos síntomas y un deterioro social inferior (Noyes *et al.*, 1992). Por consiguiente, los pacientes con dicho trastorno suelen esperar muchos años antes de acudir a un profesional de la salud mental (Rapee, 1991). Igualmente, el 80% de los individuos con un TAG no recuerdan sus primeros síntomas e informan haber estado preocupados y ansiosos toda su vida (Barlow, 1988; Rapee, 1991). Por esta razón, a menudo los interpretan como rasgos no modificables de la personalidad y no buscan ayuda. En segundo lugar, cuando estos individuos deciden acudir a la consulta de un profesional, puede que no se diagnostique apropiadamente el TAG. A menudo se recurre en principio al médico de cabecera y se suele limitar la exploración a los síntomas somáticos del TAG, como fatiga e insomnio (Bradwejn *et al.*, 1992). Además, los pacientes con TAG frecuentemente se deprimen, se desmoralizan y se vuelven socialmente ansiosos (Butler *et al.*, 1991). Si estas consecuencias son lo suficientemente graves, pueden considerarse como el problema principal y el TAG seguirá sin descubrirse.

II. CLASIFICACIÓN

El TAG se reconoció oficialmente en la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico* de la Asociación Psiquiátrica Americana (*DSM-III*, APA, 1980). Se consideró inicialmente como una categoría diagnóstica residual, lo que significó que no podía diagnosticarse cuando estaba presente otro trastorno. En 1987, el *DSM-III-R* convirtió al TAG en una categoría diagnóstica principal y planteó como principal característica una preocupación excesiva o poco realista. El diagnóstico requería también seis de 18 síntomas somáticos, que se dividían en tres categorías, *tensión motora, hiperactividad autónoma e hipervigilancia*. Aunque el *DSM-III-R* mejoró la fiabilidad diagnóstica del TAG, siguió siendo relativamente débil comparada con la de otros trastornos por ansiedad (Di Nardo *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 1992).

Con el fin de clarificar la definición del TAG y mejorar su fiabilidad diagnóstica, el *DSM-IV* (APA, 1994) hizo cambios significativos. El primer criterio diagnóstico del TAG es ahora «Ansiedad y preocupación [expectativa aprensiva] excesivas, que están presentes más días que ausentes durante al menos seis meses, sobre una serie de acontecimientos o actividades [como el desempeño laboral o académico]» (APA, 1994, p. 435). El preocuparse tiene que ser difícil de controlar y debe producir un deterioro o malestar significativos en áreas importantes del funcionamiento (p. ej., social, laboral, etc.). Para mejorar la especificidad diagnóstica del criterio somático, el *DSM-IV* cambió los criterios diagnósticos de seis entre 18 a tres entre 6 síntomas: 1) inquietud o sentirse activado, 2) fatigarse fácilmente, 3) dificultad para concentrarse o bien tener la mente en blanco, 4) irritabilidad, 5) tensión muscular y 6) perturbaciones del sueño. Aunque todavía tienen que aparecer estudios sobre la fiabilidad diagnóstica del TAG según el *DSM-IV*, nuestra experiencia clínica sugiere que estos cambios en los criterios del TAG proporcionarán un mayor acuerdo en el diagnóstico.

III. COMORBILIDAD

Muchos estudios informan de elevadas tasas de comorbilidad para pacientes que tienen como diagnóstico principal el TAG. Sanderson *et al.* (1990) informaron que el 91% de su muestra de pacientes con TAG tenía un diagnóstico añadido con base en el *DSM-III-R*. En un estudio similar, De Ruiter *et al.* (1989) informaron acerca de una tasa de comorbilidad del 67% para el TAG. En estos estudios, la mayoría de los diagnósticos adicionales eran fobia social, trastorno por pánico, trastorno distímico y fobia simple (o específica). Al comparar el TAG y el trastorno por pánico, Noyes *et al.* (1992) comunicaron que la fobia específica era un diagnóstico secundario frecuente entre los sujetos con un TAG. En un estudio a gran escala que incluía 468 pacientes con un trastorno por ansiedad, Moras *et al.* (1991, citado en Brown y Barlow, 1992) indicaron que el TAG y el trastorno por pánico con agorafobia eran las categorías diagnósticas principales que poseían las tasas de comorbilidad más elevadas.

Recientemente se han encontrado también altas tasas de comorbilidad para el TAG como trastorno secundario. En su extenso estudio, Moras *et al.* (1991, citado en Brown y Barlow, 1992) encontraron que el TAG era el diagnóstico adicional más frecuente (23%) a nivel clínico (con una gravedad al menos moderada). En un estudio de pacientes con un diagnóstico principal de depresión mayor o de distimia, Sanderson, Beck y Beck (1990) informaron que el TAG y la fobia social eran los dos diagnósticos adicionales más frecuentes. Brown y Barlow (1992) sugirieron que es de suma importancia una mayor investigación sobre comorbilidad para la clasificación diagnóstica y los resultados del tratamiento. Teniendo en cuenta la elevada tasa de comorbilidad del TAG, estas consideraciones son especialmente relevantes.

IV. EL CONCEPTO DE PREOCUPACIÓN

El equipo de investigación del Estado de Pensilvania definió inicialmente la preocupación como «una cadena de pensamientos e imágenes cargados de afecto negativo y relativamente incontrolables. El proceso de la preocupación representa un intento de solución mental de problemas sobre un tema cuyo resultado es incierto, aunque conlleva la posibilidad de una o más consecuencias negativas» (Borkovec *et al.*, 1983a, p. 10). Después de una serie de estudios empíricos, Borkovec *et al.* sugieren ahora que la preocupación es principalmente una actividad verbal conceptual que puede utilizarse como una estrategia de afrontamiento (Borkovec y Lyonfields, 1993; Borkovec, Shadick y Hopkins, 1991; Roemer y Borkovec, 1993). En el *DSM-IV*, se considera la preocupación también como expectativa aprensiva, definida por el grupo de investigación de Albany como «un estado de ánimo orientado hacia el futuro en el que se está dispuesto o preparado para intentar afrontar los acontecimientos negativos venideros. La aprensión ansiosa se asocia con un estado de elevado afecto negativo y sobreactivación crónica, una sensación de incontrolabilidad y un centrar la atención sobre estímulos relativos a la amenaza (p. ej., elevada atención centrada en uno mismo o autopreocupación e hipervigilancia)» (Brown, O'Leary y Barlow, 1993, p. 139). En las dos definiciones anteriores, la preocupación consiste en pensamientos continuos sobre el peligro futuro que se experimentan como aversivos y relativamente incontrolables. Borkovec (1985) sugirió también que la preocupación se describe mejor con la frase «¿Qué pasaría si ...». De este modo, los sujetos que se preocupan mucho son expertos en descubrir posibles problemas, mientras que son incapaces de generar soluciones eficaces o respuestas de afrontamiento.

IV.1. Temas de preocupación

Sanderson y Barlow (1990) investigaron los temas de preocupación en 22 pacientes con un TAG y encontraron que se preocupaban principalmente sobre su

familia (79% de los sujetos), cuestiones económicas (50%), el trabajo (43%) y la enfermedad (14%). Todas las preocupaciones que estaban sujetas a las evaluaciones de la fiabilidad interjueces caían en una de estas cuatro categorías. Curiosamente, los pacientes con un TAG informaban de más preocupaciones sobre asuntos menores que otros grupos clínicamente ansiosos incluidos en el estudio (fobia social, trastorno por pánico, fobia específica y trastorno obsesivo-compulsivo).

Craske *et al.* (1989) compararon los temas de preocupación de 19 pacientes con un TAG con los de 26 sujetos normales. Sus resultados muestran que los sujetos con un TAG tienen más preocupaciones sobre enfermedad/salud/daño y aspectos variados, mientras que se preocupan menos sobre cuestiones económicas que los sujetos normales. Las preocupaciones sobre la familia, la casa y las relaciones interpersonales eran igual de frecuentes para ambos grupos. Los autores intentaron clasificar todas las preocupaciones utilizando las cuatro categorías identificadas por Sanderson y Barlow (1990), pero sólo consiguieron situar el 74,8% de las preocupaciones del TAG y el 84,8% de las preocupaciones normales en las categorías de la familia, finanzas, trabajo y enfermedad. Craske *et al.* (1989) concluyeron que estas cuatro categorías eran claramente insuficientes para explicar la diversidad de los temas de preocupación en individuos con un TAG.

Shadick *et al.* (1991) evaluaron los temas de preocupación en 31 pacientes con un TAG, en 12 estudiantes universitarios no clínicos que satisfacían los criterios diagnósticos del TAG ("sujetos con alta preocupación") y en 13 sujetos no ansiosos. Para todos estos tres grupos, los temas de preocupación más frecuentes eran la familia, la casa y las relaciones interpersonales. Sin embargo, los pacientes con un TAG y los de "alta preocupación" informaban de un elevado porcentaje de preocupaciones sobre problemas variados que no podían colocarse en una de las cuatro categorías preestablecidas (familia, finanzas, trabajo y enfermedad). Los autores concluyeron que estos dos grupos de sujetos tenían preocupaciones sobre una gran variedad de situaciones, incluyendo problemas menores, y que estas situaciones múltiples tenían que investigarse para entender mejor el preocuparse en exceso.

Los estudios descritos anteriormente sugieren que los temas de preocupación normales y de sujetos con un TAG son relativamente similares. Estos resultados han llevado a algunos investigadores a alegar que estos grupos no se diferencian sustancialmente en el contenido de las preocupaciones (p. ej., Brown *et al.*, 1993; Wells, 1994). Sin embargo, han surgido dos diferencias en la literatura. En primer lugar, los pacientes con un TAG se preocupan sobre una mayor variedad de situaciones que los sujetos no clínicos (Craske *et al.*, 1989; Shadick *et al.*, 1991). En segundo lugar, también se preocupan más sobre cuestiones menores que los sujetos no ansiosos (Shadick *et al.*, 1991) y que otros pacientes clínicamente ansiosos (Sanderson y Barlow, 1990). Un apoyo indirecto a este planteamiento lo proporcionó Di Nardo (1991, citado en Brown *et al.*, 1993), que mostró que una respuesta negativa a la pregunta «¿Te preocupas en exceso sobre cuestiones menores?» puede descartar de manera eficaz un diagnóstico de TAG (poder de predicción del 0,94). Nuestro grupo de investigación ha mostrado tam-

bién que la preocupación sobre asuntos menores es una señal sensible, ya que el 86% de los sujetos que satisfacen los criterios somáticos y cognitivos del TAG informaban preocuparse sobre cosas menores (Dugas, Freeston y Ladouceur, 1994b).

En términos más generales, muchos autores sugieren que los temas de preocupación tienen una base socioevaluadora (p. ej., Eysenck y Van Berkum, 1992; Borkovec *et al.*, 1991; Sanderson y Barlow, 1990). Lovibond y Rapee (1993) mostraron que las consecuencias sociales temidas, y no las consecuencias físicas, correlacionaban con el *Penn state worry questionnaire*. De igual modo, nuestro equipo de investigación encontró que el "sí mismo" y la conciencia corporal públicos eran mejores predictores de las puntuaciones en el *Penn state worry questionnaire* que el "sí mismo" y la conciencia corporal privados (Letarte *et al.*, 1995). En otras palabras, el darse cuenta de uno mismo como un objeto de escrutinio público está relacionado más íntimamente con el preocuparse que el darse cuenta de los estados internos. Recientemente, hemos mostrado que las preocupaciones sociales, comparadas con las preocupaciones físicas o económicas, constituyen un predictor más potente de la tendencia general a la preocupación (Freeston, Dugas y Ladouceur, 1995). Todavía sigue sin esclarecerse si las preocupaciones del TAG y las preocupaciones normales se diferencian en el grado en que están enraizadas en la evaluación social.

IV.2. El preocuparse y la solución de problemas

Muchos estudios indican una relación importante entre el preocuparse y la solución de problemas. Nuestro equipo de investigación obtuvo coeficientes de correlación que iban de 0,31 a 0,51 entre medidas de preocupación y de solución de problemas en una población no clínica (Dugas *et al.*, 1995d). Las subescalas que describían las habilidades de solución de problemas explicaban cantidades de variancia muy pequeñas o no significativas de las puntuaciones de preocupación, mientras que las subescalas de orientación al problema, que describen las reacciones iniciales afectivas, cognitivas y conductuales a las situaciones problema, eran predictores más potentes de las puntuaciones de preocupación. Estos hallazgos fueron replicados en una muestra clínica, ya que pacientes con un TAG y sujetos que se preocupaban mucho tenían puntuaciones más bajas en orientación hacia el problema que los que se preocupaban de forma moderada (Blais *et al.*, 1993). Tal como se predijo, los tres grupos eran similares en medidas de solución de problemas. Estos estudios sugieren que los pacientes con un TAG y los que se preocupan mucho no carecen del conocimiento sobre cómo solucionar problemas, sino que tienen dificultades para aplicar su conocimiento debido a reacciones contraproducentes ante las situaciones problema. Por ejemplo, uno de nuestros pacientes con un TAG tenía muchas preocupaciones de que su novia le dejase porque estuviera insatisfecha con la relación. Durante la evaluación pretratamiento, describió espontáneamente conductas que podía adoptar para mejorar la relación. Sabía con claridad que podía iniciar más actividades sociales, explorar e interesarse en nuevos intereses mutuos y adoptar, en general, una

actitud más activa, lo que ayudaría notablemente a mejorar la calidad de la relación y a aumentar la satisfacción de su novia. Aunque el terapeuta y el paciente se dieron cuenta de que al adoptar esas conductas se mejoraría la relación, este último no conseguiría actuar conforme a este conocimiento debido a reacciones contraproducentes a la situación problema. De hecho, expresó muchas dificultades para percibir sus problemas de relación como retos a superar. Tal y como se esperaba, después de dos meses en terapia, la relación no había cambiado y la novia del paciente decidió dejarle.

En una línea de investigación relacionada, tres estudios mostraron que los sujetos que se preocupan mucho son más lentos en las tareas de categorización cuando los estímulos son ambiguos y la respuesta correcta no está clara (Metzger *et al.*, 1990; Tallis, 1989; Tallis, Eysenck y Mathews, 1991). Estos últimos autores sugieren que los individuos que se preocupan mucho, cuando intentan solucionar problemas, se encuentran obstaculizados por elevados requerimientos sobre las evidencias. Nuestro grupo de investigación hipotetizó que estos elevados requerimientos pueden ser un componente de un factor de vulnerabilidad cognitiva en los sujetos que se preocupan mucho y en los pacientes con un TAG, denominado intolerancia hacia la incertidumbre. Con el fin de comprobar la relación entre el preocuparse y este componente construimos la escala de *Intolerancia hacia la incertidumbre (Intolerance of uncertainty scale)*, que evalúa las reacciones emocionales, cognitivas y conductuales a situaciones ambiguas, las implicaciones de estar en la incertidumbre y los intentos de control de consecuencias futuras. Luego demostramos que las preocupaciones están muy relacionadas con la intolerancia hacia la incertidumbre y que la relación no es simplemente una consecuencia de la variancia compartida con el afecto negativo (Freeston *et al.*, 1994c). Estos hallazgos se replicaron con una muestra clínica, encontrándose que pacientes con un TAG y sujetos que se preocupaban mucho eran más intolerantes con la incertidumbre que los que se preocupaban de forma moderada (Ladouceur, Freeston y Dugas, 1993b). Así, la intolerancia hacia la incertidumbre parece ser un importante factor de vulnerabilidad cognitiva en los pacientes con un TAG y en sujetos que se preocupan mucho.

IV.3. El preocuparse como conducta de aproximación-evitación

Aunque muchos hallazgos recientes sobre el preocuparse son compatibles entre sí, otros son más difíciles de reconciliar. Por una parte, el preocuparse está asociado con la conducta de aproximación. Los sujetos informan que el preocuparse les ayuda a encontrar una solución o una manera mejor de hacer las cosas y de aumentar sus sensaciones de control (Freeston *et al.*, 1994c). El preocuparse conduce también a una atención selectiva hacia la información amenazante (MacLeod y Mathews, 1988), atención que puede tener lugar sin que el individuo se dé cuenta (Mathews, 1990). Por otra parte, el preocuparse está asociado con diferentes clases de evitación. Los pacientes con un TAG alegan que el preocuparse les ayuda a evitar consecuencias negativas improbables (Brown *et al.*, 1993; Roemer y Borkovec, 1993) y los sujetos no clínicos cuentan que el preocuparse

les distrae de pensar en cosas peores (Freeston *et al.*, 1994c). El preocuparse está relacionado también con la evitación de imágenes mentales asociadas con experiencias somáticas desagradables (Borkovec y Hu, 1990; Freeston, Dugas y Ladouceur, 1994a) y con la evitación de material amenazante (Roemer *et al.*, 1991a).

Recientemente, Krohne (1989, 1993) ha propuesto un modelo general sobre la ansiedad que puede ser útil para integrar estos hallazgos y entender la preocupación. Krohne sugiere que los patrones de afrontamiento individuales son el resultado de preferencias disposicionales hacia la vigilancia (como consecuencia de la intolerancia de la incertidumbre) y hacia la evitación (como un efecto de la intolerancia de la activación emocional). Los individuos con elevada ansiedad tendrían potentes tendencias hacia la aproximación y hacia la evitación, lo que llevaría a una conducta de afrontamiento fluctuante, que aumenta la ansiedad, en situaciones de amenaza.

Con el fin de comprobar la adecuación del modelo de Krohne específicamente para la preocupación, nuestro equipo de investigación examinó la relación entre los patrones de afrontamiento, por una parte, y la tendencia a preocuparse y los síntomas somáticos del TAG, por la otra (Dugas *et al.*, 1995b). Se formaron grupos de sujetos según cuatro tipos de patrones de conducta: 1) elevada intolerancia hacia la incertidumbre y alta supresión (EI/AS), 2) elevada intolerancia hacia la incertidumbre y baja supresión (EI/BS), 3) baja intolerancia hacia la incertidumbre y alta supresión (BI/AS), y 4) baja tolerancia hacia la incertidumbre y baja supresión (BI/BS). Tal como se predijo, el grupo EI/AS puntuó más alto que todos los demás grupos en el *Penn state questionnaire* e informó de síntomas somáticos más intensos. Por consiguiente, puede que los pacientes con un TAG sean intolerantes ante la incertidumbre y la activación emocional. Como indica correctamente Krohne (1989, 1993), la incertidumbre y la activación emocional no pueden atenuarse simultáneamente, ya que la vigilancia disminuye la incertidumbre pero aumenta la activación emocional, mientras que la evitación disminuye la activación pero aumenta la incertidumbre. Los pacientes con un TAG cambiarían de un modo de afrontamiento a otro, en un fútil intento de vérselas con una amenaza percibida. De esta forma, el preocuparse se vería como una conducta de aproximación-evitación, que resulta del despliegue de los modos de afrontamiento de vigilancia y de evitación.

V. EL CONCEPTO CLÍNICO DE PREOCUPACIÓN EN EL TAG

Basándose en los estudios empíricos descritos anteriormente y en nuestra experiencia clínica con pacientes con TAG, hemos elaborado un concepto clínico específico de la preocupación en el TAG. Empezamos con la percepción de la amenaza. Considerando que la vida diaria implica numerosas situaciones ambiguas, los individuos que son intolerantes con la incertidumbre percibirán más situaciones amenazantes debido a su modo vigilante de afrontamiento (Krohne, 1989, 1993). La percepción de la amenaza conduce a la preocupación, a un au-

mento en los niveles de ansiedad (MacLeod y Mathews, 1988) y a la depresión (Dugas *et al.*, 1994a). El individuo estará especialmente atento a la información amenazante (Mathews, 1990), detectará en mayor medida un riesgo subjetivo (Butler y Mathews, 1987), percibirá material ambiguo como amenazante (Eysenck, MacLeod y Mathews, 1987; Eysenck *et al.*, 1991; Mathews *et al.*, 1989) y sobreestimaré la probabilidad de resultados negativos (MacLeod, Williams y Bekerian, 1991). A su vez, este tratamiento sesgado de la información ambiental aumentará los niveles de ansiedad y preocupación.

Incluso si la preocupación implica una corriente de pensamientos negativos, la pérdida del control mental y esté relacionada con el afecto negativo (Borkovec *et al.*, 1983a; Brown *et al.*, 1993), puede evaluarse en términos positivos. Los sujetos que se preocupan mucho (Freeston *et al.*, 1994c) y los pacientes con un TAG (Ladouceur *et al.*, 1993b) alegan que la preocupación les ayuda a evitar los sucesos negativos, a encontrar una forma mejor de hacer las cosas y a aumentar sus sensaciones de control. Además, los pacientes con un TAG pueden considerar su preocupación como una parte tan importante de ellos mismos que se preguntan cómo serían si dejaran de preocuparse (Brown *et al.*, 1993). La preocupación puede mantenerse así, parcialmente, por el reforzamiento positivo y el negativo, aunque los beneficios del preocuparse se sobreestiman a menudo (p. ej., los que se preocupan mucho a menudo informan que el preocuparse les ayuda a evitar acontecimientos que son, de hecho, muy improbables). Los siguientes dos ejemplos ilustran cómo los pacientes con un TAG pueden percibir el preocuparse como una forma de prevenir las consecuencias negativas. Primero, una estudiante de 24 años incluida en nuestro programa de tratamiento informó que continuamente se había preocupado mucho sobre sus estudios y había aprobado siempre sus cursos. No sólo creía que si se preocupaba menos no aprobaría, sino que observaba que otros estudiantes que no parecían preocuparse mucho no funcionaban tan bien como ella en los estudios, "confirmando" así su creencia errónea sobre la utilidad de la preocupación. Con la misma perspectiva, una mujer de mediana edad que había sido tratada en nuestra clínica se preocupaba sobre la salud de su nieto durante sus vacaciones de tres meses en Europa. Cuando volvió, se sintió aliviada al encontrarle con buena salud. Desgraciadamente, a las dos semanas, su nieto enfermó. La paciente interpretó esta secuencia de acontecimientos de la siguiente manera: «Esto prueba que mis preocupaciones evitaron realmente que cayera enfermo, porque cuando dejé de preocuparme enfermó. ¡Debo continuar preocupándome!».

Además de ser intolerante hacia la incertidumbre, si un individuo es también intolerante ante la activación emocional, será vulnerable entonces a preocuparse demasiado (Dugas *et al.*, 1995b). Hay que recordar que la incertidumbre y la activación emocional no pueden atenuarse simultáneamente (Krohne, 1989, 1993). Cuando el individuo intenta disminuir la incertidumbre empleando un estilo vigilante de afrontamiento, aumenta su activación emocional. Además, cuando los que se preocupan mucho intentan utilizar la solución de problemas para vérselas con la amenaza percibida, tienen dificultades para aplicar sus habilidades de solución de problemas a causa de la inadecuada orientación hacia el problema (Blais *et al.*, 1993; Davey, 1994; Dugas *et al.*, 1995d).

Por otra parte, los intentos para reducir la activación emocional por medio de un modo de afrontamiento por evitación conducirá a un aumento de la incertidumbre. Los ejemplos del afrontamiento por evitación incluyen la evitación de las imágenes mentales asociadas con la preocupación. Las preocupaciones se componen principalmente de actividad cognitiva verbal-lingüística (Borkovec e Inz, 1990; Borkovec y Lyonfields, 1993; Freeston *et al.*, 1994a) y a menudo no se refieren a los peores temores del individuo. La evitación de las imágenes mentales conduce a una reducción de la actividad fisiológica periférica (Borkovec y Hu, 1990; Borkovec *et al.*, 1993) y del procesamiento emocional de material amenazante (Butler, Wells y Dewick, 1992; Foa y Kozak, 1986), todo lo cual refuerza negativamente y mantiene la preocupación (Borkovec *et al.*, 1991).

Los pacientes con un TAG, que son intolerantes hacia la incertidumbre y hacia la activación emocional, cambian de un modo de afrontamiento al otro en un fútil intento de vérselas con la amenaza percibida. El cambio constante de una solución de problemas parcial a la evitación de las imágenes mentales y viceversa evita que los pacientes con un TAG traten de forma adecuada con la amenaza y contribuye al establecimiento de una espiral descendente en la que las preocupaciones y los niveles de ansiedad y depresión se mantienen o aumentan.

VI. ESTUDIOS SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Antes de presentar una descripción detallada de nuestro programa de evaluación y tratamiento, haremos una breve revisión de los estudios sobre los resultados del tratamiento. La revisión estará restringida de tres formas. En primer lugar, no se describirán los estudios sobre los resultados que se llevaron a cabo antes de la aparición del *DSM-III-R* o que no emplearon los criterios del *DSM-III-R* para diagnosticar a los sujetos (p. ej. Barlow *et al.*, 1984; Butler *et al.*, 1987; Durham y Turvey, 1987; Jannoun, Oppenheimer y Gelder, 1982). Antes de la aparición del *DSM-III-R*, el TAG estaba caracterizado por una serie de síntomas somáticos que no lo discriminaban adecuadamente de otros trastornos por ansiedad. Por consiguiente, el incluir estos estudios añadiría muy poco a nuestro conocimiento sobre los resultados del tratamiento para el TAG, tal como se describe en el *DSM-III-R* y en el *DSM-IV*. La única excepción a esta primera limitación será el estudio sobre el control del estímulo realizado por Borkovec *et al.* (1983b), debido a que fue un trabajo pionero y a que tuvo importantes implicaciones teóricas y clínicas para el tratamiento de la preocupación excesiva.

En segundo lugar, ya que este capítulo se refiere específicamente a la preocupación del TAG, no se describirán los estudios sobre el tratamiento que no aborde directamente la preocupación del TAG (p. ej., Barlow, Rapee y Brown, 1992; Borkovec y Costello, 1993; Butler *et al.*, 1991; Sanderson y Beck, 1991; White, Keenan y Brooks, 1992). Aunque estos tratamientos abordan la preocupación indirectamente vía distintas formas de reestructuración cognitiva, no se discutirán aquí a causa de la naturaleza no específica de sus intervenciones cognitivas. Finalmente, los estudios sobre tratamiento que incluyen intervenciones farma-

cológicas (p. ej., Lindsay *et al.*, 1987; Hoehn-Saric, McLeod y Zimmerli, 1988) tampoco se describirán porque caen fuera del alcance de este capítulo.

Borkovec *et al.* (1983b) fueron unos de los primeros investigadores que aplicaron un tratamiento que tenía como objetivo específico la preocupación. En dos estudios distintos, demostraron el efecto de un tratamiento de control del estímulo para estudiantes universitarios que informaron preocuparse durante más del 50% del día. Después de haber identificado sus principales temas de preocupación, se pidió a los estudiantes que demorasen preocuparse hasta un período predeterminado diario de 30 minutos, siempre en el mismo lugar. En ambos estudios, los resultados mostraron una mayor disminución del tiempo pasado preocupándose en los grupos experimentales que en los grupos control de lista de espera. Si consideramos que las preocupaciones están relacionadas con la evitación de las imágenes mentales (Borkovec e Inz, 1990; Borkovec y Lyonfields, 1993; Freeston *et al.*, 1994a) y la activación somática (Borkovec y Hu, 1990; Borkovec *et al.*, 1993), un tratamiento de control del estímulo que se parezca a la exposición cognitiva puede ser un componente eficaz de tratamiento para la preocupación del TAG. Sin embargo, Borkovec *et al.* no instruyeron a sus sujetos para que se expusieran de forma específica a imágenes mentales, lo que podría ser más eficaz para la reducción de la preocupación. Además, la generalización de estos resultados es limitada porque los investigadores utilizaron sujetos no clínicos y no evaluaron el mantenimiento del tratamiento.

O'Leary, Brown y Barlow (1992) aplicaron una forma de exposición cognitiva (control de la preocupación) a tres pacientes con un TAG en un diseño de línea base múltiple entre sujetos. En el control de la preocupación, se pedía a los sujetos que se expusieran a sus preocupaciones evocando todas las posibles consecuencias, incluyendo las peores en potencia. En dos de cada tres sujetos, el tratamiento produjo una reducción significativa de la tendencia a preocuparse, medida por el *Penn state worry questionnaire*. Cuando se les preguntaba, todos los sujetos informaban de una disminución del tiempo pasado preocupándose y del malestar asociado a las preocupaciones, así como un aumento en el bienestar diario. Los resultados indicados por O'Leary *et al.* son especialmente interesantes si consideramos que sólo aplicaron un componente de intervención, lo que sugiere que la exposición cognitiva es realmente un activo componente de tratamiento. Además, utilizaron medidas específicas que evaluaban dimensiones clave del TAG, como la tendencia a preocuparse y el malestar asociado con la preocupación (*DSM-IV*, APA, 1994). Aunque estos resultados son alentadores, se necesitan más estudios sobre la eficacia comparativa de este tratamiento.

Recientemente, Brown *et al.* (1993) describieron un paquete de tratamiento multidimensional para el TAG. El tratamiento implicaba cinco componentes: 1) reestructuración cognitiva, 2) relajación muscular progresiva, 3) exposición cognitiva (control de la preocupación), 4) prevención de la respuesta y 5) vérselas con los problemas. Aunque muchas historias de caso sugieren que este paquete de tratamiento es eficaz, tienen que llevarse a cabo todavía estudios empíricos comparativos. Considerando que la exposición cognitiva a la peor imagen de la preocupación conduce a un aumento de la activación somática (Borkovec y Hu, 1990; Borkovec *et al.*, 1993) y al procesamiento emocional de material amena-

zante (Foa y Kozak, 1986), la inclusión del control de la preocupación en este paquete de tratamiento parece ser una elección acertada. Sin embargo, son cuestionables dos aspectos de esta intervención multidimensional. En primer lugar, si consideramos que la preocupación está asociada con una deficiente orientación hacia el problema y no con una falta de conocimiento sobre cómo solucionar problemas (Blais *et al.*, 1993; Dugas *et al.*, 1995b), ¿por qué los autores sugieren que se apliquen todos los subcomponentes del entrenamiento en solución de problemas? ¿Podría ser más eficaz (y consumir menos tiempo) tener como objetivo la orientación hacia el problema y repasar brevemente las habilidades de solución de problemas con pacientes con un TAG. En segundo lugar, ¿por qué deberían abordarse las preocupaciones a través de los diferentes componentes del tratamiento? ¿Deberían aplicarse indiscriminadamente el control de la preocupación y la solución de problemas a todas las preocupaciones? Si no fuese así, ¿de qué manera debería decidir el terapeuta qué preocupaciones se pueden someter a los diferentes componentes de tratamiento? Con el fin de facilitar la aplicación del tratamiento y aumentar su eficacia, creemos que se deben abordar estas cuestiones.

VII. TIPOS DE PREOCUPACIONES

En la Universidad de Laval, nos hemos quedado fascinados por los diferentes tipos de preocupaciones sobre las que informan nuestros pacientes con un TAG. Creemos que las preocupaciones del TAG pueden dividirse en tres categorías distintas, requiriendo cada una de ellas una estrategia de tratamiento diferente. Nuestros pacientes con TAG han descrito preocupaciones que se refieren a: 1) problemas inmediatos que están anclados en la realidad y son modificables, 2) problemas inmediatos que están anclados en la realidad pero que no son modificables, y 3) acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Se describirá seguidamente cada uno de estos tipos de preocupaciones. Además, recomendaremos estrategias específicas de tratamiento para cada clase de preocupación que se describirá más tarde en la sección dedicada al proceso del tratamiento.

El primer tipo de preocupación se refiere a los problemas inmediatos que se basan en la realidad y son modificables. Los ejemplos incluyen preocupaciones sobre conflictos interpersonales, vestirse de manera apropiada para situaciones específicas y tribulaciones diarias, como llegar a tiempo a una cita, poner a punto el coche o hacer reparaciones menores en la casa. Hay que recordar que los pacientes con un TAG, cuando se enfrentan con situaciones problemáticas, informan de reacciones cognitivas, afectivas y conductuales iniciales que son ineficaces o contraproducentes (Blais *et al.*, 1993). Aunque se ha empleado el entrenamiento en solución de problemas para el tratamiento de la preocupación excesiva y del TAG, se ha añadido como elemento periférico a un preexistente tratamiento de control del estímulo (Borkovec *et al.*, 1983b) o se ha incluido como un componente menor e inespecífico de un paquete de tratamiento gene-

ral (Brown *et al.*, 1993). Considerando que la preocupación está asociada con una pobre solución de problemas, creemos que el entrenamiento en solución de problemas (ESP) debería ser uno de los principales componentes en el tratamiento del TAG. Planteamos dos cuestiones importantes que guíen el empleo del ESP. En primer lugar, el terapeuta debería adaptar el ESP centrándose en la reacción inicial del paciente cuando se enfrenta a un problema, teniendo en cuenta las dimensiones cognitivas, afectivas y conductuales de esta reacción. Debido a que los pacientes con un TAG no informan de una falta de habilidades de solución de problemas (Blais *et al.*, 1993), el entrenamiento en todas las fases de la solución de problemas es inapropiado y puede, de hecho, disminuir la motivación del paciente. En segundo lugar, el ESP con objetivos centrados en el problema debería ser aplicado solamente a las preocupaciones sobre los problemas inmediatos que se basan en la realidad y son modificables.

El segundo tipo de preocupaciones que experimentan nuestros pacientes con un TAG entraña problemas inmediatos que se anclan en la realidad, pero que no son modificables. Los ejemplos incluyen preocupaciones sobre la enfermedad de un ser querido o el estado del mundo, como pobreza, guerras, aumento de la violencia e injusticias. Debido a que estas situaciones problema no son modificables, el ESP con objetivos centrados en el problema no conducirán a los resultados deseados. Sin embargo, como han señalado Nezu y D'Zurilla (1989), el ESP con objetivos centrados en las emociones puede ayudar a los pacientes a adaptarse a una situación problema no modificable. Por consiguiente, este tipo de preocupación puede tratarse empleando el ESP con objetivos centrados en las emociones. El siguiente ejemplo clínico ilustra una preocupación que implica un problema inmediato que se basa en la realidad, pero que no es modificable. Un hombre de mediana edad, que ha estado trabajando para una sólida y bien conocida compañía durante los últimos 25 años, se preocupaba sobre la dirección que recientemente ha tomado la misma. Aunque mantenía un puesto importante en la compañía y no estaba de acuerdo con su nuevo rumbo, no podía modificar las decisiones tomadas en las oficinas centrales. Aunque las preocupaciones de los pacientes sobre su trabajo parecían en un principio referirse a una situación modificable, investigaciones posteriores mostraron claramente que la situación se encontraba realmente fuera de su rango de influencia y, por lo tanto, no era modificable.

Los pacientes con un TAG se preocupan por acontecimientos altamente improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Las preocupaciones sobre la posibilidad de arruinarse algún día o de caer gravemente enfermos (en ausencia de problemas actuales económicos o de salud) son ejemplos de este tipo de preocupación. Dichas preocupaciones no se encuentran al alcance del ESP con objetivos centrados en el problema o en las emociones, debido a que no existe realmente una situación problema. Hay que recordar que el contenido verbal de la preocupación representa la evitación del temor provocado por la imaginación y que dicha preocupación se refuerza negativamente por una disminución de la activación somática aversiva (Borkovec y Lyonfields, 1993; Roemer y Borkovec, 1993). De este modo, las explicaciones actuales del papel de la preocupación como conducta de evitación de las imágenes

nes de temor y la existencia de un grupo de preocupaciones sobre problemas que no existen realmente (y que no son tratables con el ESP), apuntan al empleo de la exposición funcional cognitiva para las imágenes provocadoras de temor.

Aunque el grupo de Albany propone la exposición directa para el componente de las imágenes de temor en las preocupaciones (p. ej., Brown *et al.*, 1993; Craske, Barlow y O'Leary, 1992; O'Leary, Brown y Barlow, 1992), aparentemente aplican la exposición cognitiva, de forma indiscriminada, a todas las preocupaciones. Contrariamente a esta posición, creemos que la exposición a las peores imágenes debería emplearse solamente con las preocupaciones que entrañen acontecimientos altamente improbables. Además, Craske *et al.* (1992) recomiendan emplear la relajación aplicada y la reestructuración cognitiva durante la exposición cognitiva, mientras que Brown *et al.* (1993) incluyen la generación de alternativas a la peor imagen, en la fase final de la práctica de la exposición. Las explicaciones teóricas de los procesos implicados en la exposición con éxito (Foa y Kozak, 1986), así como nuestra propia experiencia utilizando la exposición con sujetos "rumiadores" obsesivos (Freeston *et al.*, 1994c; Ladouceur *et al.*, 1994), sugieren, de forma clara, que la exposición a las imágenes de temor debería llevarse a cabo independientemente de otras estrategias de tratamiento. El paciente pudiera utilizar otras estrategias, sean la relajación, la reestructuración cognitiva o la generación de escenas alternativas, con el fin de neutralizar la imagen de temor, disminuyendo, así, los efectos beneficiosos de la exposición (Freeston y Ladouceur, en este volumen). Ahora que ya se han presentado los distintos tipos de preocupaciones, volvamos a una descripción más detallada de nuestro programa de evaluación y tratamiento.

VIII. EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta los importantes cambios en los criterios diagnósticos del TAG desde el *DSM-III* (APA, 1980), no es sorprendente que la evaluación del TAG haya sufrido también cambios significativos. Considerado inicialmente como un trastorno no específico, denominado a menudo ansiedad "de flotación libre", el TAG se evaluó con medidas globales de ansiedad. Aunque estas medidas generales siguen siendo importantes, las medidas específicas de los síntomas clave deberían ser el fundamento de la evaluación del TAG. Recomendamos que la evaluación completa de los resultados del tratamiento para el TAG incluya cuatro niveles de medidas: 1) entrevistas estructuradas para el diagnóstico y evaluación de los resultados del tratamiento, 2) medidas de los síntomas del TAG, 3) medidas de las variables clave asociadas al TAG, y 4) medidas generales de la ansiedad y de la depresión. Teniendo en cuenta que la evaluación del TAG se ha olvidado relativamente en el pasado y que la pobre evaluación ha contribuido a la falta de especificidad y eficacia de las intervenciones de tratamiento, esta sección describirá en detalle cada nivel de evaluación que sea esencial para la planificación del tratamiento eficaz del TAG.

VIII.1. Entrevistas estructuradas

A causa de la escasa fiabilidad diagnóstica del TAG, comparada con otros trastornos por ansiedad (p. ej., Di Nardo *et al.*, 1993; Williams *et al.*, 1992), el empleo de una entrevista estructurada bien establecida es de suma importancia. De modo ideal, el diagnóstico del TAG debería confirmarse por una segunda entrevista diagnóstica independiente (es decir, un clínico diferente que administre la misma entrevista estructurada). Con el fin de evaluar adecuadamente los resultados y el mantenimiento del tratamiento, la entrevista diagnóstica estructurada debería administrarse también en el postratamiento y en el seguimiento. Pensamos que la *Entrevista para los trastornos por ansiedad, según el DSM-IV (Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV) (ADIS-IV)*, Brown, Di Nardo y Barlow, 1994) representa la entrevista más práctica e informativa disponible actualmente para los trastornos por ansiedad. Aunque la *ADIS-IV* se construyó para los trastornos por ansiedad, contiene también ítems que muestrean trastornos del estado de ánimo, trastornos somatoformes, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas, trastornos psicóticos y problemas médicos. La sección sobre el TAG incluye ítems que cubren los criterios diagnósticos del *DSM-IV* así como otros ítems sobre temas de las preocupaciones, porcentaje del día que pasa preocupándose, ingesta de alcohol y drogas, condiciones físicas, duración del trastorno, etc. La administración del *ADIS-IV* dura normalmente de una a dos horas y arroja información sobre la presencia de trastornos del Eje I con puntuaciones sobre su gravedad.

VIII.2. Medidas de los síntomas del TAG

La primera medida de los síntomas del TAG es el *Cuestionario de ansiedad y preocupación (Worry and anxiety questionnaire, WAQ)*, Dugas *et al.*, 1995a). El *WAQ* se compone de 16 ítems y procede del *Cuestionario para el trastorno por ansiedad generalizada (Generalized anxiety disorder questionnaire, GADQ)*, Roemer, Posa y Borkovec, 1991b), que fue actualizado para incluir todos los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para el TAG así como cuestiones actuales de investigación sobre la preocupación. Los ítems dicotómicos del *GADQ* se cambiaron por ítems sobre una escala continua (evaluados a lo largo de una escala de 9 puntos tipo Likert), eliminando problemas anteriores en las elevadas e inestables puntuaciones de algunos ítems (Freeston *et al.*, 1994a). El *WAQ* pregunta inicialmente por una lista de hasta seis temas de preocupación que luego se evalúan según su naturaleza excesiva y realista. Luego hay ocho ítems sobre la preocupación y la ansiedad, incluyendo tres ítems del *GADQ* (preocupaciones menores, porcentaje de pensamientos e imágenes, y porcentaje del día que uno pasa preocupándose) y cinco de los criterios del *DSM-IV* para el TAG. El *WAQ* contiene también cuatro ítems que son muy representativos de constructos relacionados, como la intolerancia hacia la incertidumbre, la supresión del pensamiento, la orientación hacia el problema y el perfeccionismo. Cada uno de estos ítems se

extrajo de medidas ya existentes y tenían la mayor correlación ítem-escala total. El último ítem pregunta sobre la salud física. Aunque el *DSM-IV* afirma que la preocupación no debería ser sobre otro trastorno del Eje I, como la hipocondría, la relación entre la preocupación sobre la salud y la enfermedad física real sigue siendo importante al evaluar el TAG.

Recomendamos también utilizar el *Cuestionario de preocupación, del estado de Pensilvania (Penn state worry questionnaire, PSWQ)*, Meyer *et al.*, 1990), que se compone de 16 ítems que miden una tendencia estilo rasgo hacia la preocupación. Meyer *et al.* (1990) han mostrado que el *PSWQ* es unifactorial, tiene una consistencia interna y una fiabilidad test-retest elevadas, así como una validez convergente y discriminante adecuada. Además, las puntuaciones en el *PSWQ* distinguen a los pacientes con un TAG de los pacientes con otros trastornos por ansiedad (Brown, Antony y Barlow, 1992). Debido a que el *PSWQ* y el *WAQ* son cuestionarios breves muy informativos, recomendamos que se administren a intervalos regulares durante el tratamiento con el fin de evaluar el progreso de los pacientes. Estos deberían completar también dichas medidas en el pretest, en el postest y en el seguimiento.

VIII.3. Medidas de variables clave asociadas con el TAG

La primera medida de variables asociadas que debería pasarse es la escala de *Intolerancia hacia la incertidumbre (Intolerance of uncertainty scale, IU)*, Freeston *et al.*, 1994c) que se compone de 28 ítems sobre incertidumbre, reacciones emocionales y conductuales ante situaciones ambiguas, implicaciones de inseguridad e intentos de controlar el futuro. La suma de estos ítems distingue a los sujetos que se preocupan y que satisfacen los criterios del TAG por medio de un cuestionario, de aquellos que no los cumplen y que la relación entre medidas de preocupación y la *IU* no se explica por la variancia compartida con el afecto negativo (Freeston *et al.*, 1994c). El análisis factorial reveló cinco factores que correspondían a las ideas de incertidumbre: 1) es inaceptable y debería evitarse, 2) le perjudica seriamente, 3) provoca frustración, 4) induce estrés y 5) inhibe la acción. La consistencia interna de la *IU* es excelente y muestra una buena estabilidad temporal a lo largo de un período de cinco semanas ($r = 0,78$) (Dugas, Ladouceur y Freeston, 1995c). Aunque la *IU* no evalúa los síntomas del TAG, proporciona una información válida sobre variables cognitivas importantes. Por consiguiente, sugerimos que se administre antes y después del tratamiento y en el seguimiento.

La segunda medida es el *Inventario de solución de problemas sociales (Social problem-solving inventory, SPSI)*, D'Zurilla y Nezu, 1990). El *SPSI* es una medida multidimensional de autoinforme sobre la solución de problemas sociales, que se compone de 70 ítems (evaluados en una escala tipo Likert de cinco puntos) divididos en dos escalas principales y siete subescalas. Las dos escalas principales son la *Escala de orientación hacia el problema (Problem orientation scale)* y la *Escala de habilidades de solución de problemas (Problem-solving skills scale)*. La primera, que se refiere a factores motivacionales generales, contiene tres

subescalas: Cognición, Emoción y Conducta. La segunda escala se divide en cuatro subescalas: Definición y formulación del problema, Generación de soluciones alternativas, Toma de decisiones y Puesta en práctica y verificación de la solución. El *SPSI* tiene propiedades psicométricas adecuadas y es una buena medida multicomponente de la solución de problemas sociales.

Como han apuntado muchos investigadores, los pacientes con un TAG y los sujetos que se preocupan mucho creen que el preocuparse tiene beneficios importantes (Brown *et al.*, 1993; Dugas *et al.*, en prensa; Roemer y Borkovec, 1993). El cuestionario *¿Por qué preocuparse? (Why worry?, WW, Freeston et al., 1994c)* se desarrolló por nuestro equipo de investigación con el fin de evaluar la valoración de las preocupaciones. El *WW* se compone de 20 ítems que reflejan razones por las que se preocupa la gente. Basándonos en nuestra experiencia clínica con pacientes que sufren de un TAG, se construyó un conjunto de ítems y se utilizaron criterios empíricos para seleccionarlos. El análisis factorial identificó dos tipos de creencias: 1) el preocuparse tiene efectos positivos, como encontrar una forma mejor de hacer las cosas, aumentar el control y hallar soluciones, y 2) el preocuparse puede evitar que sucedan consecuencias negativas o proporcionar distracción de las imágenes de temor o de pensar sobre cosas peores.

Aunque algunos ítems del *WW* tratan con la evitación de imágenes o con el material emocional, el cuestionario no se diseñó exclusivamente para evaluar la supresión del pensamiento. Recomendamos utilizar el *White bear suppression inventory (WBSI, Wegner y Zanakos, 1992)* para complementar al *WW* en la evaluación de la supresión del pensamiento. El *WBSI*, que muestra buenas propiedades psicométricas, mide diferencias individuales en la tendencia a suprimir pensamientos no deseados. Aunque el *WBSI* se ha utilizado principalmente para propósitos de investigación, ha demostrado ser muy útil para evaluar la supresión del pensamiento en nuestros pacientes con un TAG.

VIII.4. Medidas generales de ansiedad y depresión

Aunque las medidas generales de psicopatología ya no son el fundamento de la evaluación del TAG, siguen siendo útiles el *Inventario de ansiedad, de Beck (Beck anxiety inventory, BAI, Beck et al., 1988)* y el *Inventario de depresión, de Beck (Beck depression inventory, BDI, Beck et al., 1979)* debido a las cualidades psicométricas demostradas y a su extendida utilización. El *BAI* es una escala de 21 ítems sobre la ansiedad estado que mide la intensidad de síntomas de ansiedad cognitivos, afectivos y somáticos experimentados durante los últimos siete días. Nuestro equipo de investigación ha confirmado las adecuadas propiedades psicométricas del *BAI* sobre muestras no clínicas, ambulatorias y psiquiátricas (Freeston *et al.*, 1994b).

El *BDI* se compone de 21 ítems que evalúan los principales síntomas depresivos y se ha estado utilizando durante 25 años. Sus propiedades psicométricas se han estudiado también de forma extensa (Beck, Steer y Garbin, 1988; Bourque y Beaudette, 1982) y han demostrado ser excelentes. Lo mismo que el *WAQ* y que

el *PSWQ*, estos breves inventarios deberían administrarse regularmente durante la terapia, en el pretest, en el postest y en el seguimiento.

IX. ESQUEMA DEL TRATAMIENTO

Los principales objetivos del tratamiento consisten en ayudar al paciente a reconocer sus preocupaciones como una conducta de aproximación-evitación, a discriminar entre diferentes tipos de preocupaciones y a aplicar la estrategia correcta a cada tipo. Nuestra intervención se desarrolla a lo largo de aproximadamente 18 sesiones de una hora e implica cuatro componentes: 1) presentación del tratamiento, 2) análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta, 3) intervenciones específicas sobre la preocupación, y 4) reevaluación de la valoración de la preocupación. Aunque siempre incluye estos cuatro componentes, el programa de tratamiento se adapta a las necesidades individuales de cada paciente. Por ejemplo, para los pacientes que informan preocuparse principalmente sobre problemas anclados en la realidad, la principal intervención específica sobre el preocuparse sería el entrenamiento en solución de problemas (ESP) adaptado, con énfasis en la orientación hacia el problema. Para pacientes que se preocupan principalmente sobre acontecimientos muy improbables, la exposición funcional cognitiva sería la principal intervención específica sobre las preocupaciones.

El tratamiento normalmente dura cuatro meses, con sesiones de seguimiento a lo largo del período de un año. De forma ideal, las primeras ocho sesiones se llevan a cabo dos veces a la semana con el fin de vigilar de cerca el progreso inicial del paciente. Luego tienen lugar ocho sesiones de una vez a la semana seguidas por dos sesiones de desvanecimiento (normalmente de dos a cuatro semanas más tarde). Recomendamos también tres sesiones de seguimiento a lo largo del período de un año, a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Aunque las sesiones duran habitualmente una hora, aquellas que incluyen prácticas de exposición pueden durar hasta una hora y media.

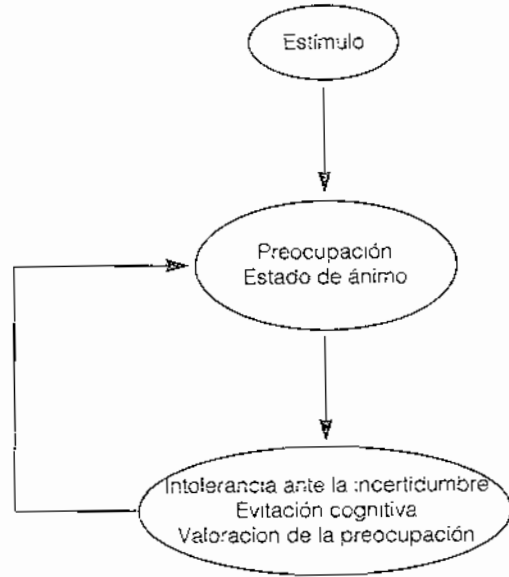
X. EL PROCESO DEL TRATAMIENTO

X.1. Presentación del tratamiento

Durante las primeras dos sesiones, el terapeuta presenta en qué va a consistir el tratamiento. En primer lugar, se describe nuestro modelo clínico sobre la preocupación en el TAG y se abordan todas las preguntas que el paciente haga del modelo. Desde la primera sesión, el terapeuta insiste en que la percepción de incertidumbre por parte del paciente es una fuente importante de preocupación y ansiedad. Considerando que la incertidumbre está enraizada en la vida diaria de todos los individuos, el objetivo del tratamiento no consiste en intentar eliminar la incertidumbre, sino, por el contrario, en reconocer, aceptar y desarrollar es-

trategias de afrontamiento cuando se enfrenten a situaciones de incertidumbre. El modelo clínico, que es una versión abreviada de nuestro modelo descrito anteriormente (véase el epígrafe V), se presenta en la figura 7.1.

FIGURA 7.1. Modelo clínico de la preocupación en el TAG



Aunque este modelo general está muy simplificado, creemos que es importante presentar un modelo inicialmente que los pacientes pueden entender y verse en él fácilmente. Hemos encontrado dicho modelo muy adecuado para ese propósito. El terapeuta presenta entonces los siguientes tres componentes, es decir, el análisis conductual y el entrenamiento en darse cuenta, las intervenciones específicas para la preocupación y la reevaluación de la valoración de la preocupación. En este punto, se introducen y se describen brevemente los diferentes tipos de preocupaciones. El terapeuta presenta también las intervenciones para la preocupación y se explica brevemente por qué se utilizan. En la presentación del tratamiento ha demostrado ser útil un formato muy estructurado.

X.2. Análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta

Después de la presentación del tratamiento, el terapeuta y el paciente pasan al análisis conductual y al entrenamiento en darse cuenta de las situaciones asociadas a las preocupaciones. Este componente del tratamiento se emplea para au-

mentar la conciencia del paciente y le permite discriminar claramente entre tres tipos de preocupaciones. Hay que recordar que hemos identificado preocupaciones que se refieren a: 1) los problemas inmediatos que están basados en la realidad y son modificables (p. ej., un conflicto interpersonal actual con un compañero del trabajo), 2) problemas inmediatos que se basan en la realidad, pero que no son modificables (p. ej., la enfermedad de un ser querido), 3) acontecimientos muy improbables que no se basan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables (p. ej., la posibilidad de arruinarse algún día). Debido a que la mayoría de las preocupaciones se relacionan con situaciones que pueden incluirse en más de una de estas categorías, se requiere un detallado análisis conductual (p. ej., Ladouceur, Fontaine y Cottraux, 1993a) de cada situación. Además, hemos desarrollado una serie de preguntas hechas por el terapeuta que ayudan a los pacientes a clasificar sus preocupaciones en esas dimensiones críticas.

Para ayudar a determinar si una preocupación se refiere a un problema basado en la realidad, el terapeuta puede investigar lo siguiente: 1) ¿Tiene alguna prueba real el paciente de que la preocupación versa sobre un problema inmediato? 2) ¿Tiene alguna prueba de que el problema por el que se preocupa aparecerá en un futuro próximo? 3) ¿Refleja la preocupación la tendencia del paciente a preocuparse incluso cuando no existe un problema real? Se le puede preguntar al paciente si, basándose en sus contestaciones anteriores, piensa que su preocupación se refiere a un problema basado en la realidad. Debido a que los pacientes son reacios a menudo a contestar a esta pregunta en términos dicotómicos, recomendamos que se responda sobre una escala continua. Hemos encontrado que una escala tipo Likert de 9 puntos (0 = Nada en absoluto; 8 = Totalmente) es adecuada para este propósito.

Luego, el terapeuta y el paciente determinan si la preocupación se refiere a un problema modificable. Pueden ser útiles las siguientes preguntas: 1) ¿Ha resuelto el paciente alguna vez un problema similar a éste?, 2) Si reacciona mejor al problema, ¿podría resolverlo?, y 3) ¿Conoce a alguien que podría resolver este problema (porque reacciona mejor o tiene más habilidades)? Finalmente, basándonos en sus contestaciones a estas preguntas, ¿cree el paciente que su preocupación se refiere a un problema modificable? Aquí volvemos a recomendar que esta última pregunta se conteste en una escala continua.

Aunque este procedimiento ayuda a los pacientes a ser más objetivos cuando evalúan sus preocupaciones con base en las dimensiones críticas, tiene que llegarse a un acuerdo entre el paciente y el terapeuta en la elección de la estrategia de tratamiento que se ha de aplicar a la preocupación. Si el terapeuta no está de acuerdo con la evaluación del paciente, debería discutirlo abiertamente con él, con el fin de llegar a un acuerdo mutuo. En el curso del tratamiento de pacientes con un TAG, nos hemos dado cuenta de que tienden a sobrestimar el grado en el que pueden modificar las situaciones problema. Aunque esta observación clínica no se esperaba en un principio, la reflexión posterior sobre las consecuencias de la intolerancia ante la incertidumbre nos ha llevado a la siguiente conclusión. Las situaciones problema que no pueden resolverse por medio de la solución de problemas instrumental (con objetivos centrados en el problema) implicarían

más incertidumbre que aquellas que pueden modificarse por la acción directa. Por ejemplo, si se tiene que contar con otros individuos para resolver un problema, sus acciones no pueden predecirse siempre de antemano, añadiéndose, por consiguiente, a la incertidumbre del resultado deseado. Además, cuando efectos imprevistos, como los fenómenos naturales, se encuentran implicados en la solución de un problema, el resultado se vuelve mucho más incierto. Por consiguiente, las situaciones problema que no son modificables por medio de la solución de problemas instrumental entrañan un mayor grado de incertidumbre y son más amenazantes para los pacientes con un TAG que no toleran la incertidumbre. Su evaluación sesgada de las situaciones problema como más modificables de lo que realmente son puede resultar una consecuencia de su deseo de disminuir subjetivamente los niveles de incertidumbre en situaciones no modificables. Es muy importante que los terapeutas ayuden a los pacientes a reevaluar el grado en que son modificables los problemas anclados en la realidad. Por ejemplo, se puede pedir a los pacientes que evalúen el impacto de otros individuos y de los efectos imprevistos en la solución de un problema particular antes de evaluar su propio impacto. No sólo la evaluación del grado en que un problema es modificable es el primer paso para aplicar la estrategia correcta de tratamiento, sino que es terapéutico por sí mismo ya que los pacientes empiezan a percibir claramente y a aceptar, posiblemente, la incertidumbre implicada en las situaciones problema.

El componente del análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta de nuestro tratamiento dura, normalmente, de dos a cuatro sesiones. Se evalúan todas las principales preocupaciones en las dimensiones básicas antes de iniciar las intervenciones para la preocupación. Aunque las intervenciones siguientes pueden aplicarse en cualquier orden, recomendamos que el ESP adaptado con objetivos centrados en el problema (para preocupaciones sobre problemas que están basados en la realidad y son modificables) o el ESP adaptado con objetivos centrados en la emoción (para preocupaciones sobre problemas que están basados en la realidad, pero que no son modificables) sean empleados en primer lugar con el fin de aumentar la motivación y adherencia al tratamiento del paciente. Sugerimos insistentemente que las preocupaciones sobre acontecimientos muy improbables que no están basados en la realidad se traten al final, ya que la exposición cognitiva puede producir temor en algunos pacientes (véase Freeston y Ladouceur, en este volumen) y debería aplicarse una vez que se han enfrentado con otras preocupaciones de forma satisfactoria.

Los terapeutas deberían subrayar un último punto antes de pasar a las intervenciones específicas para las preocupaciones. Cuando se ha llegado a un acuerdo sobre una preocupación-objetivo y se ha empezado a aplicar una intervención específica, la intervención se debería llevar hasta su conclusión lógica antes de plantear otra preocupación como objetivo. Debido a que los pacientes con un TAG normalmente se preocupan sobre muchos temas, los terapeutas deberían esperar que sus pacientes desearan vérselas con una preocupación distinta cuando empiece a disminuir la intensidad de la preocupación objetivo. Por consiguiente, los terapeutas deberían "advertir" a sus pacientes que cuando una intervención se aplica a una preocupación determinada, se llevará a cabo hasta su

terminación, incluso en el caso de que, con el tiempo, otras preocupaciones puedan parecer más importantes que aquella sobre la que se llegó a un acuerdo.

3.3. Intervenciones específicas para la preocupación

EL ENTRENAMIENTO EN SOLUCIÓN DE PROBLEMAS ADAPTADO. El entrenamiento en solución de problemas (ESP) adaptado se aplica a preocupaciones sobre problemas que se basan en la realidad. Como se ha descrito anteriormente, el ESP adaptado con objetivos centrados en el problema se emplea en el caso de problemas modificables, mientras que el ESP adaptado con objetivos centrados en la emoción se aplica a problemas no modificables. Aunque cada tipo de ESP adaptado incluye un conjunto diferente de objetivos de solución de problemas, los dos implican el mismo proceso de solución de problemas. Por consiguiente, en ambos casos, la estrategia de tratamiento implica dos componentes fundamentales:

Orientación hacia el problema. La orientación hacia el problema por parte del paciente incluye sus reacciones cognitivas, afectivas y conductuales ante el mismo. La deficiente orientación hacia el problema está muy relacionada con la preocupación excesiva y, a un nivel más específico, la percepción de falta de control personal, que es un subcomponente de la orientación hacia el problema, está asociada con la preocupación excesiva. Debido a que los déficit en orientación del problema obstaculizan gravemente la aplicación de las habilidades de solución de problemas, este componente es claramente el objetivo central del ESP adaptado. El terapeuta tiene que subrayar la importancia de reconocer las reacciones contraproducentes a los problemas y corregirlas utilizando técnicas de reevaluación cognitiva (Beck y Emery, 1985) y tareas conductuales para casa (p. ej., el registro diario de las reacciones a los problemas). El paciente debería darse cuenta de que sus reacciones contraproducentes a las situaciones problema son a menudo expresiones de la intolerancia ante la incertidumbre (Dugas, Ladouceur y Freeston, 1995c). Por ejemplo, cuando se enfrentan con una situación ambigua, suelen tender a interpretarla como amenazante (Butler y Mathews, 1983).

Habilidades de solución de problemas. Este componente incluye todas las conductas de solución de problemas e implica los cuatro pasos siguientes: 1) definir el problema, 2) generar soluciones alternativas, 3) tomar una decisión y 4) llevarla a la práctica y evaluar la solución. Debido a que la deficiente orientación hacia el problema afecta a todas las fases de la solución de problemas (Nezu y D'Zurilla, 1989), los pasos conductuales se repasan poniendo énfasis en la reacción del paciente a la situación problema. Por ejemplo, el percibir un problema como una amenaza en vez de como un reto puede obstaculizar los intentos del paciente para definirlo de forma operacional, desalentándole de generar posibles soluciones, evitando que tome una decisión y apartándole de aplicar una solución.

El terapeuta debería presentar brevemente los elementos clave de cada paso conductual. El primer paso, *definir el problema*, incluye la descripción de problemas y objetivos personales con objetividad, especificidad y claridad. La definición del problema tiene que proporcionar información que optimice la actuación en las siguientes etapas del proceso de solución de problemas, pero excluye la información que se refiera a la intolerancia ante la incertidumbre o ante la activación. Luego, la *generación de soluciones alternativas* implica las siguientes reglas del torbellino de ideas: las críticas se eliminan, se favorece la expresión incontrolada de ideas, se alienta la cantidad y se persigue la combinación y la mejora. Las expresiones de intolerancia hacia la incertidumbre no tienen que limitar la generación de soluciones alternativas. El tercer paso conductual, la *toma de decisiones*, consiste en evaluar de forma realista las probables consecuencias de cada solución generada, con el fin de determinar la mejor estrategia para la situación particular. La decisión final no tiene que reflejar simplemente el deseo del paciente de evitar la activación emocional o las situaciones relacionadas con la incertidumbre. Finalmente, el *aplicar y evaluar la solución* entraña el verificar hasta qué punto la predicción de los resultados era correcta. La evaluación implica principalmente la observación y el registro de las consecuencias de las acciones. Si el resultado no es satisfactorio, el paciente empieza de nuevo e intenta encontrar una solución mejor. Si el resultado es satisfactorio, finaliza el proceso de solución de problemas. La evaluación de la solución tiene que hacerse frente a criterios que definan el resultado óptimo y no ante criterios que reflejen una disminución de la incertidumbre o de la activación emocional.

LA EXPOSICIÓN FUNCIONAL COGNITIVA. La exposición funcional cognitiva se emplea para preocupaciones que se refieren a acontecimientos altamente improbables que no se apoyan en la realidad y que, por consiguiente, no son modificables. Para una descripción completa paso a paso de nuestro tratamiento de exposición, véase nuestro capítulo sobre el tratamiento de las obsesiones (Freston y Ladouceur en este volumen). Para los propósitos de este capítulo, describiremos el componente de exposición que es específico a nuestro programa de tratamiento para la preocupación en los sujetos con un TAG, es decir, la técnica de la flecha descendente, y revisaremos brevemente la idea de la prevención de la respuesta encubierta.

El primer paso en la exposición cognitiva para la preocupación en el TAG consiste en identificar la peor imagen sobre la preocupación utilizando la flecha descendente o la técnica de la catastrofización (Beck y Emery, 1985; Burns, 1980; Vasey y Borkovec, 1992). Considerando que la preocupación sirve para evitar las imágenes de amenaza, la identificación de la peor imagen es un paso crucial para la exposición a la preocupación. Básicamente, la catastrofización se lleva a cabo haciendo al paciente una serie de preguntas similares a «Si _____ fuera cierto, ¿a qué conduciría?» o «¿Qué significaría eso para ti?». El proceso se repite hasta que el paciente es incapaz de generar otra respuesta o hasta que repite la misma respuesta tres veces consecutivas. Una vez que se ha descrito la imagen final para cada preocupación relevante, el terapeuta ayuda al paciente a colocarlas en un orden jerárquico, desde la menos hasta la más amenazante. De-

bido a que es difícil a menudo lograr inicialmente la exposición funcional, recomendamos empezar con la imagen menos amenazante hasta que el paciente domine la técnica de la exposición.

Una vez que se ha identificado el primer objetivo, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar la imagen hasta que haya detalles suficientes. Luego, el paciente describe la imagen amenazante y se graba en una cinta que da vueltas continuamente para que tenga lugar la exposición repetida con un casete tipo "Walkman". Luego se expone al paciente a la imagen provocadora de ansiedad con la prevención de la respuesta encubierta. Tal como se ha descrito en nuestro capítulo de este libro sobre el tratamiento de las obsesiones, la prevención de la respuesta encubierta implica la identificación y proscripción de toda actividad voluntaria o que conlleve un esfuerzo empleada por el paciente para controlar la imagen, incluyendo las estrategias normales de afrontamiento. Debido a que los sujetos se exponen a sí mismos a imágenes mentales que provocan ansiedad, la exposición cognitiva aborda principalmente la evitación cognitiva y emocional.

X.A. *Reevaluación de la valoración de la preocupación*

Como los pacientes con un TAG suelen sobrestimar las ventajas e infraestimar las desventajas del preocuparse (Brown *et al.*, 1993; Ladouceur *et al.*, 1993b; Roemer y Borkovec, 1993), se examina y se reevalúa su valoración de la utilidad del preocuparse. Aunque esta sugerencia no es nueva, deben bosquejarse las directrices específicas de la terapia para la identificación y corrección de la valoración inapropiada de las preocupaciones. En primer lugar, los terapeutas deberían examinar cuidadosamente las respuestas de sus pacientes a los ítems del cuestionario *Why worry?* para identificar las creencias que puedan contribuir a preocupaciones específicas. Es posible que los pacientes con un TAG crean que el preocuparse puede: 1) evitar consecuencias negativas, 2) disminuir la culpa, 3) evitar la frustración, 4) distraerles de preocuparse sobre cosas peores, 5) ayudarles a encontrar una solución o una manera mejor de hacer las cosas, y 6) contribuir al aumento del control sobre sus vidas (Ladouceur *et al.*, 1993b). Creencias como éstas pueden ser reforzadas negativamente, como, por ejemplo, por la no ocurrencia de un acontecimiento negativo. Por consiguiente, la valoración del preocuparse como una actividad cognitiva útil puede contribuir significativamente al mantenimiento de la preocupación. Los clínicos deberían empezar con los ítems que puntúan más alto en el cuestionario de *Why worry?* Luego, deberían ayudar a los pacientes a determinar cuál de las creencias identificadas en el cuestionario se aplican a cada preocupación específica. Los terapeutas pueden preguntar también a los pacientes sobre otras creencias respecto a la utilidad de cada preocupación.

Una vez que se identifican las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica, puede empezar la reevaluación de las creencias. Se deberían utilizar técnicas cognitivas para corregir creencias erróneas sobre las ventajas y desventajas de cada preocupación específica. El cuestionamiento socrático y la comprobación conductual de la hipótesis son especialmente útiles para ayudar a

los pacientes con un TAG a reevaluar la utilidad del preocuparse. Debido a que es posible que todo un conjunto de creencias erróneas contribuya a cada preocupación, los terapeutas deberían ayudar a los pacientes a examinar y corregir las valoraciones de las preocupaciones independientemente de cada preocupación. Puesto que las creencias sobre la utilidad de cada preocupación pueden solaparse en cierto grado, no es rara la generalización de una valoración más apropiada de las preocupaciones. Sin embargo, sigue siendo importante examinar las creencias sobre la utilidad de cada preocupación específica, ya que combinaciones distintas de creencias pueden requerir intervenciones cognitivas diferentes.

Por ejemplo, uno de nuestros pacientes con un TAG informó que sus dos preocupaciones más incontrolables y perturbadoras eran las siguientes: 1) caer gravemente enfermo (p. ej., cáncer, accidente cerebrovascular, etc.) y 2) que un miembro de la familia cayera gravemente enfermo (p. ej., esclerosis múltiple, cáncer, etc.). Creía que las preocupaciones sobre su propia salud eran útiles porque le ayudarían a descubrir las primeras señales de la enfermedad. Si se preocupara menos sobre su salud, podría pasar por alto los primeros síntomas de una enfermedad seria y entonces sería demasiado tarde para tratar la enfermedad. Con el fin de tratar con eficacia estas preocupaciones, el terapeuta utilizó varias técnicas cognitivas para ayudar al paciente a reevaluar la utilidad de estar constantemente preocupado sobre su salud como una forma de prevenir la enfermedad. En cuanto a las preocupaciones del paciente de que un miembro de su familia enfermase gravemente, también las valoraba como muy útiles, pero por otras razones. Creía que si un miembro de la familia cayese enfermo, se sentiría muy culpable si no se hubiera preocupado previamente sobre este ocurrir de los acontecimientos. De aquí que el paciente creyera que estas preocupaciones le ayudarían a reducir los futuros sentimientos de culpa y de vergüenza. Alegaba también que el no preocuparse sobre esta eventualidad significaría que no se preocupaba lo suficiente sobre los miembros de su familia. Por consiguiente, aunque las dos principales preocupaciones específicas del paciente estaban relacionadas con la enfermedad, sus creencias sobre la utilidad de cada preocupación eran muy diferentes. En cuanto opuesto al preocuparse sobre su propia salud, el paciente no creía que el preocuparse por la salud de los miembros de su familia evitase que cayesen gravemente enfermos detectando los síntomas de modo temprano. Sin embargo, creía que el preocuparse sobre su salud probaba que se preocupaba por su familia y le ayudaría también a reducir los sentimientos últimos de culpa.

En conclusión, la reevaluación de las ventajas y desventajas de cada preocupación específica es un importante componente del tratamiento. Aunque la reevaluación de las creencias que contribuyen a una preocupación puede generalizarse, en algunos casos, a otras preocupaciones, los terapeutas no deberían pasar esto por alto y tendrían que examinar las creencias específicas sobre cada preocupación, con el fin de optimizar la eficacia del tratamiento. Como sugiere el sentido común, si los pacientes con un TAG creen que una preocupación específica es útil, serán más reacios a abandonarla.

XI. LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

Los paquetes de tratamiento para el TAG han producido generalmente beneficios variables y limitados (Dugas *et al.*, en prensa). Los pacientes mejoran, pero el preocuparse sigue siendo excesivo, a menudo, y los síntomas somáticos no se eliminan totalmente. Creemos que los paquetes de tratamiento que tienen como objetivo directo la preocupación en el TAG pueden ofrecer ventajas importantes. Además, avances teóricos y clínicos recientes apuntan a dos estrategias básicas de tratamiento. En primer lugar, el entrenamiento en solución de problemas adaptado parece ser básico para abordar el componente de la preocupación, que proviene de la intolerancia ante la incertidumbre. En segundo lugar, la exposición funcional cognitiva permitirá a los clínicos reducir la intolerancia de la activación emocional al plantear como objetivo el componente evitador del preocuparse. La evaluación inicial de nuestro paquete de tratamiento está en curso en estos momentos y los resultados se encontrarán pronto disponibles.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición) (DSM-III). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Blanchard, E. B., Vermilyea, B. B. y Di Nardo, P. A. (1986). Generalized anxiety and generalized anxiety disorder: Description and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 143, 40-44.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Waddell, M., Vermilyea, B. B., Klosko, J. S., Blanchard, E. B. y Di Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Beck, A. T. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.

- Blais, F., Ladouceur, R., Dugas, M. J. y Freeston, M. H. (1993, noviembre). *Résolution de problèmes et inquiétudes: Distinction clinique* [Problem solving and worry: Clinical distinction]. Informe presentado en la conferencia anual de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Quebec, Canadá.
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 481-482.
- Borkovec, T. D. y Costello, J. (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.
- Borkovec, T. D. y Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 69-73.
- Borkovec, T. D. e 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. y Lyonfields, J. D. (1993). Worry: Thought suppression of emotional processing. En H. W. Krohne (dir.), *Attention and avoidance*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Borkovec, T. D., Lyonfields, J. D., Wiser, S. L. y Deihl, L. (1993). The role of worrisome thinking in the suppression of cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 321-324.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. A. (1983a). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N. y Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (dirs.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T. D., Wilkinson, L., Folemsbee, R. y Lerman, C. (1983b). Stimulus control applications to the treatment of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 247-251.
- Bourque, P. y Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. [Psychometric study of the Beck Depression Inventory with French-Canadian university students]. *Revue Canadienne des Sciences de Comportement*, 14, 211-218.
- Bradwejn, J., Berner, M. y Shaw, B. (1992). *Malade d'inquiétude: Guide du médecin pour le traitement et le counseling* [Sick of worrying: Doctor's guide for treatment and counselling]. Montreal, Quebec: Grosvenor.
- Breslau, N. y Davis, G. C. (1985). DSM-III generalized anxiety disorder: An empirical investigation of more stringent criteria. *Psychiatry Research*, 14, 231-238.
- Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1992). Psychometric properties of the Penn state worry questionnaire in a clinical anxiety disorders sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33-37.
- Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992). Comorbidity among anxiety disorders: implications for treatment and DSM-IV. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 835-844.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A. y Barlow, D. H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders*. Nueva York: Guilford.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. Nueva York: New American Library.

- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I. y Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151, 535-542.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). A comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Butler, G. y Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 5, 51-62.
- Butler, G. y Mathews, A. (1987). Anticipatory anxiety and risk perception. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 551-565.
- Butler, G., Wells, A. y Dewick, H. (junio de 1992). *Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.
- Craske, M. G., Barlow, D. H. y O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L. y Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalised anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 397-402.
- D'Zurilla, T. J. y Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social problem-solving inventory. *Psychological Assessment*, 2, 156-163.
- Davey, G. C. L. (1994). Worrying, social problem solving abilities, and problem-solving confidence. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 327-330.
- De Ruiter, C., Ruken, H., Garssen, B., Van Schaik, A. y Kraaimaat, F. (1989). Comorbidity among the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 57-68.
- Di Nardo, P. A., Moras, K., Barlow, D. A., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1993). Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. *Archives of General Psychiatry*, 50, 251-256.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Blais, F. y Ladouceur, R. (1994a, noviembre). *Anxiety and depression in GAD patients, high and moderate worriers*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995a, julio). *The "Worry and anxiety questionnaire": Initial validation in non-clinical and clinical samples*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Doucet, C., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995b, noviembre). *Intolerance of uncertainty and thought suppression in worry*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D. C.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1994b, noviembre). *The nature of worry*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Boisvert, J.-M. y Freeston, M. H. (en prensa). *Le trouble d'anxiété généralisée: Éléments fondamentaux et interventions psychologiques* [Generalized Anxiety Disorder: Fundamental elements and psychological interventions]. *Psychologie Canadienne*.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R. y Freeston, M. H. (1995c, julio). *Worry: The contribution of intolerance of uncertainty, problem solving and worry appraisal*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca.
- Dugas, M. J., Letarte, H., Rhéaume, J., Freeston, M. H. y Ladouceur, R. (1995d). Worry

- and problem solving: Evidence of a specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120.
- Durham, R. C. y Turvey, A. A. (1987). Cognitive therapy vs behavior therapy in the treatment of chronic generalized anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 229-234.
- Eysenck, M. W., MacLeod, C. y Mathews, A. (1987). Cognitive functioning and anxiety. *Psychological Research*, 49, 189-195.
- Eysenck, M. W., Mogg, K., May, J., Richards, A. y Mathews, A. (1991). Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 144-150.
- Eysenck, M. W. y Van Berkum, J. (1992). Trait anxiety, defensiveness, and the structure of worry. *Personality and Individual Differences*, 13, 1285-1290.
- Foa, E. B. y Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1995, julio). *The social basis of worry*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies, Copenhagen, Dinamarca.
- Freeston, M. H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994a, noviembre). *Thoughts, images, worry, and anxiety*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, San Diego, California.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Thibodeau, N., Gagnon, F. y Rhéaume, J. (1994b). L'inventaire d'anxiété de Beck: Propriétés psychométriques d'une traduction française [The Beck Anxiety Inventory: Psychometric properties of a french translation]. *L'Encéphale*, XX, 47-55.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994c). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- Hoehn-Saric, R., McLeod, D. R. y Zimmerli, W. D. (1988). Differential effects of alprazolam and imipramine in generalized anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 293-301.
- Jannoun, L., Oppenheimer, C. y Gelder, M. (1982). A self-help treatment for anxiety state patients. *Behavior Therapy*, 13, 103-111.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Krohne, H. W. (1989). The concept of coping modes: Relating cognitive person variables to actual coping behavior. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 11, 235-247.
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. En H. W. Krohne (dir.), *Attention and avoidance*. Seattle: Hogrefe and Huber.
- Ladouceur, R., Fontaine, O. y Cottraux, J. (1993a). *Thérapie comportementale et cognitive* [Behavioral and cognitive therapy]. Paris: Masson.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H. y Dugas, M. J. (1993b, noviembre). *L'intolérance à l'incertitude et les raisons pour s'inquiéter dans le Trouble d'anxiété généralisée* [Intolerance of uncertainty and reasons for worrying in Generalized Anxiety Disorder]. Comunicación presentada en la reunión anual de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Quebec.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1993c). Idiographic considerations in the behavioral treatment of obsessional thoughts. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 301-310.

- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N. y Dumont, J. (1994). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.
- Letarte, H., Freeston, M. H., Rhéaume, J. y Ladouceur, R. (1995). *Dispositional worry, beliefs, and self-focused attention*. Manuscrito enviado para publicación.
- Lindsay, W. R., Gamsu, C. V., McLaughlin, E., Hood, E. M. y Espie, C. A. (1987). A controlled trial of treatments for generalized anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 3-15.
- Lovibond, P. F. y Rapee, R. M. (1993). The representation of feared outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 595-608.
- MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). Anxiety and the allocation of attention to threat. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 4, 653-670.
- MacLeod, A. K., Williams, M. G. y Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: The role in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 478-486.
- Mathews, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 455-468.
- Mathews, A., Mogg, K., May, J. y Eysenck, M. (1989). Implicit and explicit memory bias in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 236-240.
- Metzger, R. L., Miller, M. L., Cohen, M., Sofka, M. y Borkovec, T. D. (1990). Worry changes decision making: The effect of negative thoughts on cognitive processing. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 78-88.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn state worry questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-496.
- Nezu, A. M. y D'Zurilla, T. J. (1989). Social problem solving and negative affective conditions. En P. C. Kendall y D. Watson (dirs.), *Anxiety and depression*. San Diego: Academic.
- Noyes, R., Woodman, C., Garvey, M. J., Cook, B., Suelzer, M., Clancy, J. y Anderson, D. J. (1992). Generalized anxiety disorder versus Panic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 369-379.
- O'Leary, T. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1992, noviembre). *The efficacy of worry control treatment in generalized anxiety disorder: A multiple baseline analysis*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, Massachusetts.
- Rapee, R. M. (1991). Generalized anxiety disorder: A review of clinical features and theoretical concepts. *Clinical Psychology Review*, 11, 419-440.
- Roemer, L. y Borkovec, T. D. (1993). Worry: Unwanted cognitive activity that controls unwanted somatic experience. En D. M. Wegner y J. W. Pennebaker (dirs.), *Handbook of mental control*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Roemer, L., Borkovec, M., Posa, S. y Lyonfields, J. (1991a, noviembre). *Generalized anxiety disorder in an analogue population: The role of past trauma*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Roemer, L., Posa, S. y Borkovec, T. D. (1991b, noviembre). *A self-report measure of generalized anxiety disorder*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Sanderson, W. C. y Barlow, D. H. (1990). A description of patients diagnosed with DSM-III-R generalised anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 588-591.
- Sanderson, W. C. y Beck, A. T. (1991, noviembre). *Cognitive therapy of generalized an-*

- xiety disorder: A naturalistic study. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Sanderson, W. C., Beck, A. T. y Beck, J. (1990). Syndrome comorbidity in patients with major depression or dysthymia: Prevalence and temporal relationships. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1025-1028.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M. y Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-Revised anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 308-312.
- Shadick, R. N., Roemer, L., Hopkins, M. B. y Borkovec, T. D. (1991, noviembre). *The nature of worrisome thoughts*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Nueva York, NY.
- Tallis, F. (1989). *Worry: A cognitive analysis*. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Londres.
- Tallis, F., Eysenck, M. y Mathews, A. (1991). Elevated evidence requirements and worry. *Personality and Individual Differences*, 12, 21-27.
- Vasey, M. W. y Borkovec, T. D. (1992). A catastrophizing assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 505-520.
- Wegner, D. y Zanakos, S. (1992, noviembre). Individual differences in thought suppression and obsessional thinking. En R. J. McNally (presid.), *Cognitive aspects of obsessive-compulsive disorder*. Symposium celebrado en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Boston, Massachusetts.
- Wells, A. (1994). Attention and the control of worry. En G. C. L. Davey y F. Tallis (dirs.), *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*. Chichester: Wiley.
- White, J., Keenan, M. y Brooks, N. (1992). Stress control: A controlled comparative investigation of large group therapy for generalized anxiety disorder. *Behavioural Psychotherapy*, 20, 97-113.
- Williams, J. B. W., Gibbon, M., First, M. B., Spitzer, R. L., Davies, M., Borus, J., Howes, M. J., Kane, J., Pope, H. G., Rounsaville, B. y Wittchen, H. (1992). The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID), II: Multisite test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 49, 630-636.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N. y Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. En R. M. Rapee y D. H. Barlow (dirs.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. Nueva York: Guilford.
- Brown, T. A., O'Leary, T. A. y Barlow, D. H. (1993). Generalized anxiety disorder. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Craske, M. G., Barlow, D. H. y O'Leary, T. (1992). *Mastery of your anxiety and worry*. Albany, Nueva York: Graywind.
- Rapee, R. M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. I*. Madrid: Siglo XXI.

8. ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD GENERALIZADA

JERRY L. DEFFENBACHER

1. INTRODUCCIÓN

Este capítulo se centra en la aplicación del entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA)¹ (*anxiety management training, AMT*) para la disminución de la ansiedad tanto específica como general, con referencia especial a esta última. Empieza con una breve descripción del trastorno por ansiedad generalizada (TAG) que, a su vez, está asociado a la historia y desarrollo del EMA. Luego se revisa la literatura empírica que apoya el empleo del EMA con la ansiedad y con otros trastornos emocionales y psicofisiológicos, para concluir que el EMA tiene un apoyo empírico sólido. La mayor parte del capítulo se dedica a describir los procedimientos del EMA con un paciente individual, de modo que el clínico pueda aplicar el EMA a sus propios pacientes. El esquema del EMA individual va acompañado con apartados sobre adaptaciones a un formato de grupo para la aplicación del EMA y de cómo el EMA puede integrarse con otras intervenciones.

II. CARACTERÍSTICAS DEL TRASTORNO POR ANSIEDAD GENERALIZADA (TAG)

Los individuos con un trastorno por ansiedad generalizada (TAG) se caracterizan por presentar síntomas de ansiedad y preocupación crónicos, experimentando una falta de control sobre las preocupaciones. Según los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* —4ª edición (DSM-IV) (APA, 1994)—, la ansiedad y la preocupación tienen que estar más días presentes que ausentes durante un período de seis meses y encontrarse asociadas con tres o más de seis síntomas, como inquietud, fatigarse fácilmente, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y perturbaciones del sueño.

A veces el individuo con un TAG experimenta expectativas y temores difusos, vagos y negativos. En otros sujetos, las preocupaciones se centran y definen mucho más, a menudo acerca del fracaso interpersonal, incapacidad en áreas

Colorado State University (EEUU).

La preparación de este capítulo fue financiada, en parte, por el Tri-Ethnic Center for Study of Drug Abuse Prevention grant #P50DA0707.

¹ Se ha traducido *anxiety management training (AMT)* por "entrenamiento en el manejo de la ansiedad" (EMA), aunque quizás otra traducción correcta hubiera sido "entrenamiento en el control de la ansiedad". No obstante, esta última expresión es más general y no ofrece la especificidad de la expresión EMA considerada en este capítulo equivalente a la expresión en inglés AMT [Nota del T.].

fundamentales de la vida, preocupaciones económicas o sobre la salud, etc. El individuo tiende a darle vueltas en su cabeza a estas cuestiones, siendo incapaz de alcanzar una solución, de tomar decisiones, de llevar a cabo una actuación decisiva y de vivir con relativa tranquilidad con las consecuencias. Por el contrario, suelen darle vueltas y más vueltas a, y preocuparse con, las posibilidades negativas, los errores y equivocaciones potenciales, y los fracasos y dificultades reales e imaginarios. Es como si estuvieran petrificados en las primeras etapas de una solución de problemas (Deffenbacher y Suin, 1987). Sin embargo, a diferencia de la solución de problemas eficaz, el individuo no identifica soluciones potenciales, no sopesa las probabilidades de los resultados positivos y negativos, y no plantea soluciones que estén dispuestos a intentar poner en práctica. Por el contrario, tienden a encerrarse en la identificación de, y la preocupación con, las potencialidades negativas únicamente. El resultado es una aprensión crónica sobre los acontecimientos futuros negativos y el reciclado de temores pasados, errores y equivocaciones, un tipo de agitadora tortura cognitiva. El individuo no puede descansar tranquilamente porque siempre existe otro tipo negativo de pensamiento «¿qué pasaría si ...?» a considerar.

Hay otras funciones cognitivas que se encuentran implicadas también. El individuo tiene problemas para centrarse en los parámetros relevantes y tomar decisiones y, por el contrario, se preocupa constantemente sobre las posibles equivocaciones y sobre los resultados negativos. A menudo, el dormir no sirve como alivio. El sujeto puede experimentar insomnio de inicio del sueño, en el cual persevera en equivocaciones y errores pasados o bien anticipa todos los tipos de acontecimientos negativos futuros. Después de un tiempo variable para dormirse, puede experimentar sueños con ansiedad, en los que los temas ansiógenos del día se vuelven a representar, a veces en una forma más vívida y extrema. La calidad del sueño se encuentra también perturbada y la persona se despierta con una sensación de aprensión y de fatiga.

La preocupación crónica y la negatividad mental preparan continuamente al individuo para la acción; sin embargo, no hay situaciones a evitar, ya que los acontecimientos aversivos, reales o imaginados, se encuentran en la mente del sujeto. La fisiología corporal está preparada para la acción. La activación motora excesiva se experimenta frecuentemente bajo la forma de sensaciones de temblor, de tensión y dolor muscular, especialmente en las zonas del cuello, espalda y hombros, de una especie de difusa inquietud y de una tendencia a fatigarse fácilmente.

Se pueden dar también señales de activación del sistema nervioso simpático. Algunos individuos muestran activación cardiovascular, bajo la forma de una elevada tasa cardíaca, palpitaciones y el sentir cómo palpita fuertemente el corazón. Otros pueden sufrir presión en el pecho y dificultad para respirar, experimentando habitualmente una falta de aliento y/o una sensación de ahogarse o asfixiarse. Pueden alternarse las extremidades sudorosas y húmedas por ráfagas de calor y de frío. Igualmente pueden estar presentes períodos con la boca seca en los que los individuos necesitan humedecer los labios frecuentemente y/o experimentan dificultad para tragar. Son también comunes los problemas gastrointestinales, como frecuentes ataques de náusea, gastritis crónica y diarrea, lo que

podría llevar a un examen médico para cuestiones tales como úlceras y colitis. Pueden estar también presentes impulsos frecuentes de orinar y el individuo experimentaría síntomas de ansiedad que son de naturaleza más parasimpática como mareos y una sensación de debilidad o inestabilidad física.

En resumen, los individuos con un TAG padecen preocupaciones crónicas, excesivas, y una serie de índices cognitivos, emocionales y fisiológicos de activación. Los individuos con un TAG a menudo experimentan también otros problemas, siendo los más comunes la depresión de leve a moderada, ataques de pánico ocasionales, y un abuso de drogas ansiolíticas y del alcohol (Barlow, 1988; APA, 1994). Aunque el TAG raramente es incapacitante, gran parte de la calidad de la vida del individuo está deteriorada por la ansiedad y los problemas comórbidos.

El entrenamiento en el manejo de la ansiedad (EMA), el objetivo clínico de este capítulo, se desarrolló para tratar con esta clase de individuos, aunque los problemas no se denominaron TAG en aquel momento.

III. EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD: HISTORIA Y FUNDAMENTOS

En los años sesenta, la desensibilización sistemática, el primer tratamiento conductual para los trastornos por ansiedad, había demostrado que funcionaba bien con las fobias. Sin embargo, teórica y prácticamente, la desensibilización no era adecuada para trastornos por ansiedad general, difusa. A menos que se pudieran especificar y organizar jerárquicamente los estímulos provocadores de ansiedad, no se podía llevar a cabo la desensibilización. Pero, ¿qué se podía hacer con el paciente que estaba padeciendo ansiedad generalizada o ansiedad de flotación libre, es decir, aquellas personas que probablemente serían diagnosticadas hoy día con un TAG? No había una intervención conductual para esos individuos.

El EMA (AMT; Suinn y Richardson, 1971) se desarrolló para rellenar esta laguna de la intervención con dichos sujetos. El EMA se basó inicialmente en la teoría del impulso sobre la ansiedad, en la cual la ansiedad se conceptualizaba como una respuesta a los estímulos internos y externos y como poseedora de propiedades estimulares que influían sobre respuestas posteriores. De modo específico, en una cadena de conducta en desarrollo, la ansiedad era una respuesta para los estímulos precedentes y un estímulo para la conducta posterior, y un individuo aprendía respuestas que disminuían las propiedades estimulares aversivas de la ansiedad. Se planteaba que se podía entrenar a los individuos a discriminar las propiedades estimulares de la ansiedad y aplicar nuevas habilidades de afrontamiento con las que disminuir la ansiedad. Por consiguiente, la EMA entrena a los individuos a identificar las sensaciones y señales de ansiedad internas cognitivas, emocionales y fisiológicas, especialmente los primeros signos de activación, y reaccionar entonces a estas señales con una nueva conducta que está diseñada para disminuir la aversividad de la respuesta de ansiedad. En los primeros trabajos (Suinn y Richardson, 1971), el EMA entrañaba el empleo de la re-

lajación y de respuestas de competencia como respuestas de afrontamiento incompatibles con la ansiedad. Posteriormente, se abandonó el empleo de respuestas de competencia debido a la dificultad de localizarlas en pacientes ansiosos y de emplearlas en circunstancias productoras de ansiedad, y también a causa de la facilidad de utilizar la relajación en las distintas situaciones y con diferentes individuos. Además, el EMA se replanteó también en términos de autocontrol o de automanejo a mediados de los años setenta (Suinn, 1990), de modo que la explicación y los procedimientos se enmarcan en el entrenamiento del paciente para que reconozca la aparición de la ansiedad y en cómo automanejar la reducción de la misma por medio de la aplicación de las habilidades de relajación, liberando, por consiguiente, el empleo de otras habilidades de afrontamiento.

IV. EL ENTRENAMIENTO EN EL MANEJO DE LA ANSIEDAD: BASE EMPÍRICA

Un tratamiento teóricamente sólido, pero sin un apoyo empírico, tiene poco atractivo para ser recomendado. Esta sección del capítulo revisará algunos de los estudios publicados que apoyan el empleo del EMA. En primer lugar, se revisarán los efectos sobre temores específicos y problemas de ansiedad, continuando luego con las aplicaciones a la ansiedad generalizada y a trastornos similares al TAG. La sección concluirá con un breve resumen de la investigación que implica otros temas emocionales y de estrés.

El EMA se ha mostrado eficaz con una serie de ansiedades situacionales. Por ejemplo, en el primer estudio del EMA (Suinn y Richardson, 1971), cuando esta estrategia se comparó con una condición de control, se mostró eficaz para reducir la ansiedad ante las matemáticas y ante los exámenes en sujetos universitarios con ansiedad ante las matemáticas y fue tan eficaz como la desensibilización sistemática. Un estudio posterior con estudiantes universitarios con ansiedad ante las matemáticas (Richardson y Suinn, 1973) replicó estos efectos con dichos estudiantes y sugirió que el EMA mejoraba algunos aspectos del desempeño con las matemáticas. El EMA ha tenido éxito también en la disminución de la ansiedad ante los exámenes. Por ejemplo, Deffenbacher y Shelton (1978) mostraron que la EMA era tan eficaz como la desensibilización sistemática para reducir los niveles de ansiedad ante los exámenes en estudiantes que habían acudido a un centro de asesoramiento universitario para la disminución de dicha ansiedad. Además, el EMA produjo una mayor reducción de la ansiedad-rasgo que la desensibilización, sugiriendo una superior disminución de la ansiedad generalizada para el EMA. Otro estudio (Deffenbacher *et al.*, 1980) demostró que el EMA reducía eficazmente los niveles de ansiedad general y de ansiedad ante los exámenes en estudiantes que presentaban este problema, en comparación con un grupo control. El EMA era también tan eficaz como la desensibilización por medio del autocontrol, otro procedimiento de relajación autodirigido. Este mismo grupo de investigación (Deffenbacher *et al.*, 1980) trabajó con estudiantes universitarios que padecían ansiedad ante los exámenes o a hablar en público. A algunos

se les trató en grupos homogéneos (es decir, sólo sujetos con un tipo de ansiedad en el grupo), mientras que a otros se les trató en grupos heterogéneos (es decir, una mezcla de sujetos con ansiedad a una u otra situación en el mismo grupo). El EMA, en uno u otro formato, redujo no sólo la ansiedad ante los exámenes o a hablar en público, sino la ansiedad general también. Los grupos de sujetos mezclados eran tan eficaces, si no más, que los grupos homogéneos, lo que sugería que los pacientes podían ser tratados eficazmente en grupo con individuos que no compartieran la misma ansiedad. Además, los seguimientos realizados a los 12-15 meses (Deffenbacher y Michaels, 1981a, b) mostraron que las reducciones en la ansiedad específica ante los exámenes o a hablar en público y en la ansiedad generalizada se mantenían a largo plazo. Finalmente, el EMA había reducido eficazmente tanto la ansiedad social (Hill, 1977) como la ansiedad que rodeaba la indecisión profesional (Mendonca y Siess, 1976).

Los problemas de ansiedad general se han tratado también con éxito por medio del EMA. Por ejemplo, en un estudio con estudiantes universitarios que sufrían de ansiedad general (Hutchings *et al.*, 1980), se demostró que, cuando se comparaba con una condición de control, el EMA producía informes de reducción de la ansiedad general, así como de los síntomas fisiológicos de la ansiedad, de neuroticismo y de ansiedad-estado. Los efectos en la ansiedad general de la EMA eran iguales o superiores a aquéllos de las condiciones de relajación o de placebo. Además, la reducción de la ansiedad general por parte del EMA se mantenía en el seguimiento de un año. Daley *et al.* (1983) encontraron también disminuciones significativas en la ansiedad general y en el neuroticismo en estudiantes universitarios con ansiedad general. Cragan y Deffenbacher (1984) ampliaron estos hallazgos a pacientes ambulatorios con ansiedad general. Otra vez, el EMA redujo varios aspectos de la ansiedad general y produjo también una disminución de la ira y de la depresión, comparado con los grupos control. Era también tan eficaz como otro procedimiento de relajación autodirigido. Un estudio con pacientes ambulatorios con ansiedad generalizada y con trastorno por pánico (Jannoun, Oppenheimer y Gelder, 1982) encontró que, comparado con los grupos control, el EMA disminuyó la ansiedad general y la medicación para la ansiedad. Sin embargo, la depresión no se modificó en este grupo. Finalmente, aunque no estaba relacionado con el TAG, el EMA redujo la ansiedad general y las evaluaciones por parte del terapeuta sobre la ansiedad y la ira en pacientes ambulatorios esquizofrénicos (Van Hassel, Bloom y González, 1982). Además, su estatus psiquiátrico general y su capacidad para obtener provecho de la psicoterapia se evaluó como mejorados. El EMA parece ser eficaz para una serie de pacientes con ansiedad general que tienen distintos grados de problemas psiquiátricos.

El EMA se ha empleado también con éxito en una serie de otras condiciones de estrés. Por ejemplo, el EMA ha servido para disminuir la conducta Tipo A (Kelly y Stone, 1987; Suinn y Bloom, 1978; Suinn, Brock y Edie, 1975), comprobándose también la reducción de la ansiedad-rasgo en los individuos con dicho comportamiento (Suinn y Bloom, 1978). Se han demostrado también los efectos del EMA para disminuir los niveles de presión sanguínea en pacientes ambulatorios hipertensos (Drazen *et al.*, 1982; Jorgensen, Houston y Zurawski,

1981). Igualmente se han encontrado reducciones en los síntomas ginecológicos y en la ansiedad general al tratar con el EMA a mujeres con dismenorrea (Quillen y Denney, 1982) y a pacientes ambulatorios ginecológicos con estrés (Deffenbacher y Craun, 1985). Además, estos efectos se mantenían en un período de seguimiento de dos años en ambos estudios. Finalmente, una serie de estudios (Deffenbacher, Demm y Brandon, 1986; Deffenbacher y Stark, 1992; Hazaleus y Deffenbacher, 1986) ha mostrado que el EMA puede adaptarse con éxito al tratamiento de la ira y disminuir ésta y la ansiedad general en estudiantes universitarios con altos niveles de ira. El EMA era tan eficaz como las condiciones cognitivas y relajación/cognitiva, y los efectos se mantenían en períodos de seguimiento de 12-15 meses (Deffenbacher *et al.*, 1986; Deffenbacher y Stark, 1992; Hazaleus y Deffenbacher, 1986).

Finalmente, estudios recientes de procedimientos de relajación para el afrontamiento, que son similares, aunque no idénticos, al EMA, se han mostrado eficaces para pacientes con un TAG. Por ejemplo, los programas de desensibilización por medio del autocontrol y de relajación aplicada de Borkovec (Borkovec y Costello, 1993; Borkovec *et al.*, 1987) han disminuido la ansiedad en individuos con un TAG y generalmente han sido tan eficaces como otras intervenciones cognitivo-conductuales y más eficaces que la terapia no directiva. Butler y colaboradores (Butler *et al.*, 1987; Butler *et al.*, 1991) han logrado también resultados similares, aunque uno de los estudios favorecía a la intervención cognitiva. Barlow, Rapee y Brown (1992) compararon un programa de relajación aplicada con una intervención cognitiva y la combinación de ambos. Todos los grupos disminuyeron la ansiedad, la medicación para la ansiedad y la depresión en pacientes con un TAG. Sin embargo, no había diferencias entre los tres grupos activos de tratamiento. Esos estudios apoyan indirectamente el valor del EMA porque se basan en métodos similares de "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación".

En resumen, el EMA es una intervención bastante sólida y bien establecida. Existe una amplia literatura que muestra la disminución de ansiedades específicas, y, en varios de estos estudios, los efectos de la generalización se encontraron para otros tipos de ansiedad no previstos. Las condiciones de ansiedad general se han aliviado eficazmente también con el EMA y se ha producido la generalización a otras emociones, como la ira y la depresión, en algunos estudios. El EMA ha sido también eficaz con una serie de otras condiciones de ansiedad y de estrés. En general, el EMA es tan eficaz o más que otras intervenciones y, cuando se dan períodos de seguimiento, se han demostrado efectos a largo plazo. Parece existir una sólida literatura empírica que apoya la eficacia del EMA. El resto del capítulo se dedicará a describir los procedimientos clínicos del EMA.

V. PROCEDIMIENTOS PARA EL EMA INDIVIDUAL

Thomas Borkovec, uno de los primeros investigadores sobre el tratamiento del TAG, revisó recientemente la investigación sobre este trastorno (Borkovec y

Costello, 1993) y sugirió que las intervenciones cognitivo-conductuales para el TAG deberían incluir las siguientes características:

1. Enfatizar la importancia de la autoobservación para descubrir los procesos de ansiedad.
2. Prestar especial atención a los pensamientos de preocupación, como una de las primeras señales cruciales para la iniciación de las habilidades de afrontamiento.
3. Proporcionar un entrenamiento completo en habilidades de relajación aplicada.
4. Emplear múltiples métodos de relajación.
5. Exponer al paciente a imágenes provocadoras de ansiedad.
6. Emplear la práctica frecuente dentro de las sesiones sobre habilidades de afrontamiento.
7. Utilizar la terapia cognitiva para el pensamiento catastrófico, de preocupación.

Como se señalará más adelante, el EMA proporciona un método consistente y secuencial para el desarrollo de las habilidades de afrontamiento por medio de la relajación y satisface las seis primeras condiciones, dejando únicamente de incluir la terapia cognitiva.

El EMA (véanse Suinn [1990] y Suinn y Deffenbacher [1988] para detalles adicionales) se introduce generalmente en el tratamiento del TAG y de otros trastornos por ansiedad o estrés cuando la evaluación ha sugerido una implicación emocional y fisiológica significativa en el trastorno. El EMA se ha desarrollado según un modelo de autocontrol progresivo sobre la activación ansiosa por parte del paciente. Se lleva a cabo entrenando a éste a que reconozca las señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación ansiosa y que emplee las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" cuando estas señales se encuentran presentes. Esto aumenta la sensación de tranquilidad y claridad mental, liberando otras habilidades cognitivas y conductuales de afrontamiento con las que enfrentarse a la situación externa o a preocupaciones internas. Para lograrlo, el EMA implica seis objetivos mezclados, que se solapan. El EMA intenta desarrollar:

1. Una explicación convincente del autocontrol.
2. Un patrón de respuesta de relajación básico a partir del cual desarrollar "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación".
3. "Habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" específicas que puedan aplicarse rápida y fácilmente en situaciones reales.
4. Un aumento del darse cuenta de las señales internas de la activación ansiosa, de modo que la percepción de estas señales pueda servir como estímulo para la iniciación de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación".
5. Competencia y confianza dentro de las sesiones para llegar a darse cuenta de la activación ansiosa y el empleo de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" para reducir la ansiedad.

6. La aplicación segura de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" en la vida diaria para controlar la ansiedad y otros estados emocionales negativos, como la ira y la depresión.

Los procedimientos clínicos para alcanzar estos objetivos se desarrollan habitualmente a lo largo de 6 a 10 sesiones, una vez a la semana, que se dedican principalmente al EMA. El pasar a una sesión con nuevo contenido se basa en el progreso individual. Teniendo en cuenta esta advertencia, se describirá el programa sesión por sesión. Después de la primera de ellas, cada una empieza habitualmente con una breve entrevista que revisa las tareas para casa y el progreso logrado entre sesiones, y finaliza con otra breve entrevista para evaluar las experiencias y el progreso dentro de la sesión. Basándose en el progreso dentro y entre sesiones, se plantea la tarea para casa a realizar durante la semana siguiente.

V.1. Primera sesión

La primera sesión se dedica a proporcionar una explicación, empezando con el desarrollo de la respuesta de relajación y continuando con el incremento del darse cuenta sobre las señales de ansiedad, aunque la evaluación previa ya habrá empezado a mejorar probablemente esa conciencia.

La explicación debería ser breve y resaltar el aspecto de colaboración, asociando el EMA a las preocupaciones presentes, a las experiencias de ansiedad y a las metáforas del paciente. Se debería describir al EMA en términos no técnicos para mejorar la comprensión y la implicación del paciente. Básicamente, se debería presentar al EMA como un procedimiento por medio del cual el paciente desarrollará la capacidad para reconocer el aumento de la ansiedad y luego empleará la relajación para reducirla. Se tendría que decir al paciente que se entrenarán las primeras habilidades de relajación y luego, dentro de las sesiones, esta relajación se empleará para reducir la ansiedad que se induce haciendo que los pacientes se imaginen situaciones que han provocado ansiedad en el pasado. Se les dice también que el nivel de ansiedad empezará a un nivel de bajo a moderado al principio y que el terapeuta les ayudará notablemente a recuperar la relajación en las primeras sesiones. Conforme pasa el tiempo y lo hacen correctamente, el nivel de ansiedad irá aumentando y la ayuda del terapeuta irá disminuyendo. Se les dice también que al ir teniendo éxito en la práctica de la relajación deberían aplicar esas habilidades cada vez más en la vida diaria para reducir la ansiedad y otras emociones negativas. Seguidamente se presenta una explicación, de muestra, realizada con un paciente con TAG.

En las dos últimas sesiones has descrito esos periodos en los que estás verdaderamente preocupado y ansioso, en los que se producen todas tus "heridas", donde te sientes muy tenso, especialmente en el estómago, la espalda y los hombros, desencadenando a veces esos episodios de diarrea y de dolores de cabeza y a veces entrancó en esa especie de estado desamparado y deprimido. Has indicado también que funcionas mejor cuando eres capaz de relajarte, pero que no sabes hacerlo bien y que te gustaría aprender algunas estrategias para hacerlo mejor. Reflexioné sobre

ello la semana pasada y pienso que hay una forma por la que podemos lograrlo, es decir, vamos a desarrollar habilidades de relajación. Me gustaría describirte y saber lo que piensas.

El primer paso será desarrollar un patrón de relajación y empezaré con ello un poco más tarde si estamos de acuerdo. En un principio, esto te llevará unos 20 minutos aproximadamente, pero conforme lo vayas practicando, conseguiremos una serie de formas rápidas para que te relajes. El segundo paso será el control de tu sensación de ansiedad, especialmente cuando dicha ansiedad está empezando a aparecer, de modo que posteriormente sepas cuándo emplear las habilidades de relajación. Ya hemos hecho algo de esto y ya te das más cuenta de la ansiedad, pero nos centraremos en ello aún más conforme progresemos. El tercer paso será en realidad juntar los dos primeros. En las sesiones, te ayudaré a aplicar la relajación a la ansiedad que generaremos haciendo que imagines situaciones en las que has estado realmente preocupado y ansioso en el pasado, como el otro día cuando tenías ansiedad ante la entrevista laboral que ibas a realizar. Es decir, haremos que imagines la situación, que te pongas ansioso durante algunos segundos con el fin de que pueda prestarle atención y que inicies luego la relajación para reducir la ansiedad. Haremos esto una y otra vez hasta que realmente lo domines. Luego, aumentaremos el nivel de ansiedad, de modo que puedas afrontar incluso mayores niveles. Conforme lo vayas haciendo cada vez mejor, te ayudaré cada vez menos porque no me necesitarás y puedes empezar a utilizar la relajación cuando empieces a preocuparte o a ponerte ansioso. Nos llevará mucha práctica y trabajo a los dos, pero te anticipo que en 6 a 10 sesiones serás capaz de relajarte cuando empieces a sentir que la preocupación y la ansiedad crecen internamente. ¿Qué piensas sobre esta idea?

Aunque se pueden emplear formas diferentes de relajación (p. ej., entrenamiento autógeno o *biofeedback*), el EMA utiliza el entrenamiento en relajación progresiva. La relajación progresiva entrena la tensión y luego la relajación sistemática de varios grupos de músculos por medio de alguno de los procedimientos disponibles en la literatura (p. ej., Bernstein y Borkovec, 1973; Wolpe, 1973). Sin embargo, antes de empezar realmente con el entrenamiento en relajación progresiva, el clínico debería desarrollar una imagen relajante que empleará después de los ejercicios de relajación progresiva. Esta imagen se convertirá en una de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación". La imagen relajante debería ser un momento específico, concreto, de la vida de la persona que fuese tranquilizador y produjese relajación. Los acontecimientos basados en la fantasía, situaciones que el individuo piensa que podrían ser relajantes pero que no ha experimentado realmente, o situaciones que eran a la vez relajantes y activantes, deberían evitarse, ya que suelen crear problemas para meterse en ellas y mantenerse inmersos en la situación. La escena debería ser como una foto instantánea o un momento muy breve de la vida de la persona. El clínico debería preguntar primero sobre una escena de este tipo y luego aclarar todos los detalles situacionales y de las sensaciones sentidas que concreten esa experiencia y le ayude a que sea emocionalmente real. Es decir, la descripción de la escena debería incluir tantos elementos emocionales como se pueda y todos los detalles sensoriales, como señales visuales, sonidos presentes, sensaciones de movimiento, temperatura, etc., de modo que induzcan una sensación de tranquilidad, relajación y sosiego. Seguidamente se presenta un ejemplo de una escena de relajación.

Es una situación que ocurrió hace dos años cuando te encontrabas de vacaciones en una playa de la Costa del Sol. Son aproximadamente las 10 de la mañana, has salido a dar un largo paseo solo/a y te has sentado en un montículo de arena, una arena fina y blanca. Estas solo/a sin nadie más a tu alrededor, aunque puedes ver a otras personas que están paseando en la lejanía y observas algunos edificios lejos a tu izquierda. Te encuentras a unos veinte metros de la orilla del mar y estás mirando al agua. Las olas rompen frente a ti y el brillante azul del cielo se ve salpicado por algunas pequeñas nubes blancas que se van desplazando. Hay cuatro o cinco gaviotas planeando con la suave brisa sobre las olas y las puedes oír graznando de vez en cuando al revolotear en la brisa marina [se proporcionan detalles visuales y auditivos sobre el lugar]. Te tumbas en la arena, sintiéndote calmado/a y relajado/a, teniendo esa sensación de "armonía con el mundo". Estás muy relajado/a, mezclándote con la suave arena templada [se proporcionan detalles sobre la temperatura y las emociones]. La arena está tibia. La situación es muy agradable y con una temperatura suave, aunque puedes sentir en la cara el frescor proveniente de la brisa marina. Puedes también oler el mar, una mezcla de sal y algas en el aire y puedes oír las olas que suavemente rompen frente a ti [se proporcionan más detalles auditivos, olfativos y sobre la temperatura]. Estás tumbado/a en la arena tibia, muy tranquilo/a y relajado/a. Te sientes feliz, esa sensación de ser uno/a con la naturaleza, de no tener que preocuparte por nada en el mundo [se proporcionan más detalles afectivos].

Después de desarrollar la imagen de relajación, lo que debería llevar entre cinco y diez minutos, se proporcionaría al paciente una breve descripción de los procedimientos de relajación progresiva y una demostración de los procesos exactos de tensión-relajación por los que pasará. Se debería decir a los pacientes que tensarán cada grupo de músculos durante aproximadamente diez segundos y que tendrían que prestar atención a las sensaciones de tensión en aquellos músculos que están tensos. Luego, se les dirá que se relajen o que relajen los músculos rápidamente y que se concentren en el contraste entre las sensaciones de tensión y las sensaciones de relajación. Esto ayudará a que el paciente aumente el darse cuenta de sus sensaciones, de las áreas de tensión en el cuerpo y de la diferencia de éstas con las sensaciones de relajación. Luego, se le dice al paciente que se centre en ese contraste y en las sensaciones de relajación durante 30 segundos aproximadamente. Más tarde, se repite el proceso de tensión-relajación en ese grupo de músculos o se pasa al siguiente grupo. En general, se describe simplemente el entrenamiento en relajación progresiva como un medio de desarrollar una respuesta de relajación a partir de la cual se pueden adquirir habilidades de afrontamiento basadas en la relajación.

Después del ejercicio de tensión-relajación de la relajación progresiva, el clínico hará un repaso de los músculos haciendo que el paciente se concentre en ellos y los relaje aún más sin tensarlos. Esto podría hacerse con instrucciones como la siguiente:

Repasemos ahora los distintos grupos de músculos y aumentemos la sensación de relajación aún más, pero esta vez sin tensar para nada los músculos. Conforme describo cada grupo de músculos, quiero que centres la atención en él y hagas que se relaje un poco más. Pudiera ser una especie de ola de relajación que recorre toda esa área. Ahora, concéntrate en las manos ... deja que se suelten y relajen aún más

... que las manos se relajen cada vez más ... dejando que la sensación de relajación aumente ... y ahora sube hacia los brazos [se continúa esta clase de instrucción en los distintos grupos de músculos].

Cuando se ha completado el repaso de los músculos, se introduce la escena de relajación. Podría hacerse de la siguiente manera:

Dentro de un momento, voy a hacer que te relajes de una manera diferente, cambiando esta vez a tu escena de relajación, aquella en la que estás en una playa de la Costa del Sol [se hace una breve referencia a la escena del paciente para orientarlo]. Cuando te pida que lo hagas, quiero que te metas en la escena experimentándola como si te estuviera sucediendo en estos momentos. Cuando la escena este vivida y clara, señálalo alzando tu dedo índice derecho. Ahora, cambia a la escena de relajación, métete en ella. Es una situación ... [el clínico empieza a describir la escena de relajación].

Después de que el paciente señale que la escena es clara y el terapeuta lo admite, el paciente continúa visualizando la misma durante otros treinta segundos mientras el terapeuta proporciona estímulos ocasionales de detalles emocionales y situacionales. Luego, la escena se termina con una instrucción como: «Muy bien, borra ahora esa escena de tu cabeza y vuelve a concentrar la atención en las sensaciones corporales». Si el tiempo lo permite, se repite la escena de relajación una o dos veces más intercalada, con tres o cuatro respiraciones profundas entre escenas u otro repaso de los músculos.

Cuando falten aproximadamente diez minutos para que termine la sesión, el terapeuta hace que el paciente se active y se salga de los procedimientos de relajación progresiva y le pregunta sobre las experiencias del entrenamiento en relajación. Después de esto, el terapeuta le asigna las tareas para casa que tiene que realizar durante la semana. Se instruye al paciente para que practique la relajación progresiva diariamente y registre las experiencias en una hoja de relajación. Esta hoja incluye normalmente la fecha y la hora de la práctica, zonas que eran difíciles de relajar y una evaluación de la tensión antes y después del periodo de relajación. Las evaluaciones se realizan normalmente sobre una escala de tensión de 0 a 100. La segunda tarea para casa es el autorregistro de la preocupación y la ansiedad a las que el paciente presta atención y el registro no sólo de los detalles situacionales externos, sino también de las señales internas cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación ansiosa. Esto se anotará también en una hoja de ansiedad en la que se incluyen los detalles situacionales y experienciales junto con una evaluación de la tensión en la misma escala de 0 a 100.

V.2 Segunda sesión

La segunda sesión amplía la sesión primera y proporciona entrenamiento en cuatro "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación". En los primeros minutos de la sesión, el terapeuta repasa la práctica de la relajación y la hoja de autorregistro para casa, sin descuidar hacer pequeños ajustes en los procedi-

mientos de relajación durante la sesión y aumentando la comprensión del paciente sobre las señales situacionales y experienciales de la activación ansiosa.

Se construye entonces una escena de un nivel moderado de ansiedad. Se empleará en la siguiente sesión para provocar ansiedad en el entrenamiento inicial al aplicar las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación". El nivel de ansiedad de la escena está generalmente en el nivel 50-60, en una escala de ansiedad de 0 a 100. Se puede emplear un nivel más bajo de ansiedad si el paciente tiene bajas expectativas de eficacia para el control de la ansiedad o si el repaso de las tareas para casa sugiere que el paciente tiende a infraestimar la experiencia de ansiedad. Al igual que la construcción de la escena de relajación, la escena de ansiedad debería incluir detalles situacionales y experienciales de un momento real de la vida de la persona. La escena debería incluir tantos detalles como fuera posible sobre los acontecimientos externos y la experiencia interna (detalles cognitivos, emocionales y fisiológicos) de la ansiedad. Se pueden incluir elementos conductuales tanto en cuanto no incluyan escape, evitación u otras cualidades defensivas. Si se incluyeran estos elementos, podrían producir un ensayo encubierto del escape de la ansiedad cuando la escena se emplea para ser afrontada en la siguiente sesión. Por ejemplo, un elemento conductual como «Me preocupaba realmente la entrevista y quería marcharme, pero me obligué a estar allí y reflexionar sobre la situación» sería aceptable, mientras que «Me preocupaba realmente la entrevista y quería marcharme, de modo que me levanté, me fui al frigorífico a coger una cerveza y me senté a ver la televisión durante dos horas» no se aceptaría porque entraña elementos de escape y de automedicación. Seguidamente se describe un ejemplo de una escena de nivel 70.

El pasado miércoles por la tarde estaba solo en casa, sentado en la mesa de la cocina tomando notas para la entrevista laboral que iba a tener. Me estaba preocupando por la entrevista, pensando sobre todas las cosas que podrían ir mal, como que me llamaran y cancelaran la entrevista, que me pusiera tan ansioso que se notara externamente e hiciera el ridículo, que estuviera vestido de forma inapropiada o que me comportara con escasa eficacia, que me encontraran aburrido y poco interesante, y lo terrible que sería no conseguir el trabajo. No podía dejar de preocuparme sobre ello. Sabía que me comportaría bien, pero esto no parecía ayudarme. Mis pensamientos eran una especie de revoltijo y no podía organizarlos, ni tan siquiera las notas [elementos cognitivos detallados]. Había estado allí durante cierto tiempo, como si estuviera petrificado en la mesa. Me dolía el estómago, tenía retortijones y algunas náuseas. El cuello y los hombros estaban muy tensos y tenía esa sensación como si me fuera a doler la cabeza, como una especie de cinta apretándome alrededor de la frente. Me estaba sintiendo débil y tembloroso, y me encontraba bastante ansioso [elementos fisiológicos y emocionales de la activación ansiosa]. Quería levantarme y marcharme, pero no podía coger fuerzas para hacerlo [se dan detalles conductuales que no entrañan una evitación real].

Después de la construcción de la escena de ansiedad, se repiten los procedimientos de relajación progresiva tensando cada grupo de músculos una vez. A esto le siguen las instrucciones del terapeuta para cuatro "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" básicas:

1. Relajación sin tensión, es decir, se repasan los músculos y se les relaja sin tensarlos (sesión 1).
2. Relajación inducida por la respiración profunda, es decir, se respira lenta y profundamente tres o cuatro veces y se relaja más con cada exhalación.
3. Imágenes de relajación, es decir, se imagina la escena de relajación creada en la sesión 1.
4. Relajación controlada por señales, es decir, se repite lentamente la palabra "relájate" (o alguna palabra o frase similar como "tranquilo/a", "cálmate"), haciendo que el paciente se relaje aún más con cada repetición. Estas cuatro habilidades se repiten las veces que lo permita el tiempo.

Las tareas para casa de esta sesión incluyen: 1. Continuar con el autorregistro de las reacciones de ansiedad con el fin de mejorar la autoconciencia de las señales situacionales e internas de la activación ansiosa; 2. Practicar y registrar la relajación progresiva y las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" con el fin de fortalecer las respuestas de relajación; y 3. Práctica diaria de al menos una "habilidad de afrontamiento por medio de la relajación" en situaciones no estresantes (p. ej., ver la televisión o ir en el autobús) con el fin de empezar la transferencia de las habilidades de afrontamiento al ambiente externo.

5.3. Sesión 3

La tercera sesión continúa con el desarrollo de la relajación y la mejora del darse cuenta con respecto a sesiones anteriores e introduce los ensayos iniciales de la aplicación de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" para la reducción de la ansiedad. Esto se logra haciendo que el paciente se imagine la escena de ansiedad, implicándose completamente, prestando atención a la activación ansiosa y luego recuperando la relajación por medio de las instrucciones del terapeuta en una o más de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación".

Después del repaso de las tareas para casa al comienzo de la sesión, el terapeuta relaja al paciente por medio de la relajación sin tensión. Cuando el paciente señala la presencia del estado de relajación, el terapeuta inicia el primer ciclo de activación ansiosa y afrontamiento por medio de la relajación. Se instruye al paciente para que se imagine la escena de ansiedad creada en la sesión anterior y para que se introduzca totalmente en la escena, experimentando y prestando atención a la activación ansiosa. La escena de ansiedad se mantiene en la imaginación de diez a veinte segundos en la primera exposición y treinta o más segundos en las exposiciones posteriores. Luego, el terapeuta termina la escena de ansiedad y ayuda activamente al paciente a recuperar un estado de tranquilidad a través del empleo de una o más "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación". Generalmente es una buena idea utilizar la imagen relajante como la primera habilidad de afrontamiento en el primer o el segundo ensayo, ya que suele eliminar cualquier imagen ansiógena residual. Después de que los pacientes obtienen un mayor control sobre la imagen de ansiedad, se pueden entre-

mezclar al azar las habilidades de afrontamiento. Cuando el paciente indica otra vez la presencia del estado de relajación, se presenta de nuevo la escena de ansiedad con otro ensayo de afrontamiento por la relajación. Este proceso se repite las veces que el tiempo lo permita. Seguidamente se describen algunos ejemplos de instrucciones para iniciar las escenas de ansiedad y la recuperación de la relajación en esta sesión.

En un momento vamos a hacer que practiques el afrontamiento de la ansiedad. Voy a indicarte que imagines la escena de ansiedad que implica... [una frase general o una referencia al contenido de la escena]. Cuando haga esto, introdúctete en la escena. Estate realmente allí y experimenta la ansiedad. Presta mucha atención a la ansiedad, a la preocupación y a cómo te sientes. Indícame cuando experimentes la ansiedad y luego mantén esas sensaciones de ansiedad, deja que aumenten y date cuenta de ellas. Después de unos pocos segundos, haré que termines la escena y te ayudaré a utilizar las habilidades de relajación para reducir la ansiedad. Indícame cuando estés relajado/a de nuevo y luego repetiremos el proceso para que tengas más experiencia en tu afrontamiento con la ansiedad. De modo que ahora, metete en la escena [el terapeuta describe entonces la escena productora de ansiedad, utilizando la inflexión de la voz para aumentar la atención y la ansiedad]. Muy bien, observo tu indicación... mantén esa ansiedad, deja que aumente. Date cuenta de ella. Presta atención a las preocupaciones, al estómago [se expone a la escena durante 10 a 20 segundos en el primer ensayo y aproximadamente 30 segundos en los ensayos posteriores]... Ahora elimina esa escena de tu mente y vuelve de nuevo a la escena relajante... [el terapeuta describe la escena de relajación]. [el terapeuta sigue con otra "habilidad de afrontamiento por medio de la relajación" tal como la relajación sin tensión, la relajación controlada por estímulos, o la relajación inducida por la respiración]. [El terapeuta hace un reconocimiento de la indicación de relajación por medio de alguna afirmación, como 'observo tu indicación', o si la indicación de la relajación no aparece, el terapeuta puede estimularla por algún tipo de instrucción como "y me indicas cuando estés relajado/a otra vez"]...

El trabajo para casa de esta sesión incluye: 1) un autorregistro continuo de las experiencias de ansiedad; 2) práctica continua de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" en su secuencia completa al menos una vez al día, y 3) la aplicación de las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" en cualquier ocasión en que se experimente la ansiedad y el registro de estas habilidades en la hoja de ansiedad. Se le debería decir al paciente que no se espera que tenga éxito con las habilidades de relajación en este momento, pero que es importante que empiecen a adquirir experiencia en la aplicación de la relajación para reducir la tensión en la vida diaria.

V.4. Sesión 4

Esta sesión es una extensión y repetición de la sesión 3 con pequeñas modificaciones. La primera modificación se encuentra en el desarrollo de la relajación inicial. Se le pide al paciente que inicie por sí mismo la relajación por medio del procedimiento que le funcione mejor. Este es un paso más hacia la responsabilidad del paciente con respecto al automanejo de la relajación. Normalmente, se

suele indicar un estado de relajación en uno o dos minutos aproximadamente, pero si no se señala en ese período de tiempo, puede que el terapeuta quiera comprobar si el paciente está preparado, dando alguna instrucción como «indícame cuando estés relajado». La segunda modificación se encuentra en la activación ansiosa y en la secuencia de la recuperación de la relajación. Se instruye al paciente para que haga aparecer la escena ansiógena y la experimente, indicando la activación de ansiedad, manteniéndola por un tiempo y, luego, cuando esté preparado, que haga desaparecer la escena y recupere la relajación por medio de las habilidades de relajación que le funcionen mejor. Cuando se recupera la relajación, el paciente se lo indica al terapeuta. Si el paciente ha estado teniendo dificultades para recuperar la relajación en la sesión anterior, entonces puede que el terapeuta no desee hacer esta modificación en la presente sesión, sino que prefiera repetir los procedimientos de la sesión anterior. Sin embargo, las modificaciones aumentan el control del paciente sobre la recuperación de la relajación. Cuando se indique el estado de relajación, el terapeuta inicia otro ensayo de "afrontamiento por medio de la relajación" y este proceso se repite las veces que el tiempo lo permita, normalmente de tres a seis repeticiones de afrontamiento de la ansiedad por medio de la relajación. La entrevista que sigue después de dicho afrontamiento se centra en descubrir qué habilidades de afrontamiento funcionan mejor y en la identificación de las primeras señales cognitivas, emocionales y fisiológicas de la activación ansiosa para la aplicación de las habilidades de afrontamiento en vivo. Las tareas para casa implican una práctica continua de dichas habilidades de afrontamiento, su aplicación continua en vivo cuando se sienta ansiedad (es decir, en todas las situaciones perturbadoras) y el registro de ello en la hoja de autorregistro.

V.5. Sesión 5

La quinta sesión es un prototipo para las restantes sesiones. Hay tres modificaciones más de los procedimientos con el fin de optimizar el autocontrol y la transferencia. En primer lugar, se cambian las tareas para casa con el fin de alentar la aplicación de las habilidades de relajación no sólo a la ansiedad sino también a otras emociones perturbadoras, como la ira y la depresión. La aplicación a la ansiedad y a estas otras emociones perturbadoras se registra en la hoja de autorregistro. Es decir, el rango de aplicación aumenta a todos los tipos de aspectos y emociones perturbadores. Dependiendo del paciente, se pueden construir también escenas para algunas de estas otras emociones negativas y emplearlas en el mismo formato de entrenamiento. En segundo lugar, se aumenta el nivel de ansiedad de las escenas. Si solamente se va a emplear una única escena nueva, se la construye con un nivel 90 en una escala de 0 a 100. Si se van a emplear varias escenas, se sugiere entonces que la intensidad de la escena aumente aproximadamente 10-15 unidades de la escala cada vez (p. ej., escenas de niveles de 70, 80 y 90). El aumento del nivel de intensidad de la escena hace que el paciente controle niveles de ansiedad cada vez mayores a lo largo de las sesiones. En tercer lugar, se modifican los procedimientos para que el paciente vaya te-

niendo un control total sobre la activación ansiosa mientras se encuentra inmerso en la escena de ansiedad. Es decir, el paciente se imagina la escena, experimenta y presta atención a la activación, y luego inicia el "enfrentamiento por medio de la relajación" mientras está en la escena. Se modifican las instrucciones de la escena ansiógena y de las formas de indicación para acomodar estos cambios, tal como se puede ver en el ejemplo siguiente.

En un momento, voy a hacer que reaparezca la escena ansiógena que entraña [se menciona brevemente el contenido] Cuando lo haga, me gustaría que te introdujeras en la escena y prestaras mucha atención a la activación ansiosa. Cuando experimentes esa activación ansiosa, indicámelo levantando el dedo. Sin embargo, sigue manteniendo el dedo levantado mientras experimentes la ansiedad. Luego, cuando estés preparado, inicia la relajación. Cuando ya estés relajado, mientras sigues en la escena, indicámelo bajando el dedo. Más tarde, te enseñaré a que hagas desaparecer la escena y a que continúes relajándote

Se alternan los ensayos de afrontamiento de la ansiedad en este formato utilizando las dos escenas de ansiedad construidas más recientemente. Lo mismo que en sesiones anteriores, esta sesión termina con una breve entrevista sobre el afrontamiento ocurrido durante la misma y se establecen las tareas para casa tal como se describieron anteriormente.

V.6. Sesión 6 y siguientes

Las sesiones posteriores son básicamente una repetición y una extensión del formato de la sesión 5. Se crean nuevas escenas cuando se considere necesario y se emplean hasta que el paciente gane cada vez mayor confianza y eficacia en la relajación autocontrolada, tanto dentro de las sesiones como entre ellas. Si el paciente tiene otros problemas emocionales importantes (p. ej., ira, temor al ridículo, culpa, etc.), se pueden construir escenas con ese contenido y ensayarse por medio del formato anterior. Esta práctica no sólo ayuda a reducir esas emociones negativas, sino que también aumenta la transferencia a otros problemas.

Conforme el paciente tiene más éxito, el terapeuta puede preferir alargar el tiempo entre sesiones, digamos cada dos o tres semanas, con el fin de dar al paciente mayores oportunidades cada vez para la práctica en vivo. Sesiones de apoyo mensuales durante tres o cuatro meses antes de la terminación de la terapia pueden ayudar también a consolidar y ganar autoeficacia. Si el paciente con un TAG tiene dificultades para registrar el aumento de la tensión, entonces el terapeuta podría animarle para que aplicara las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" basándose en el tiempo o en una actividad. Es decir, el paciente puede aplicar las habilidades de relajación en momentos específicos durante el día, por ejemplo, cada dos horas, y/o cada vez que esté realizando una actividad específica, como hablar por teléfono, esperar a un autobús, etc. Estos procedimientos aumentan la frecuencia de la aplicación de la relajación a lo largo del día y el afrontamiento ante incrementos graduales de la tensión general. El terapeuta puede también hacer un contrato para aplicaciones o simulaciones

específicas, en la vida real, de experiencias productoras de ansiedad que se refieran a situaciones o temas determinados que pueda experimentar el individuo. Es decir, se puede alentar al paciente con un TAG a que se preocupe sobre temas específicos o que se enfrente a miedos o ansiedades concretos y que aplique las habilidades de relajación en vivo. La sugerencia es relevante también para sujetos con fobia, obsesiones/compulsiones y trastorno por pánico. El terapeuta y el paciente pueden hacer un contrato para experiencias específicas en vivo con el fin de fomentar las aplicaciones y transferir las habilidades de afrontamiento. Cuando lo considere apropiado, el terapeuta puede acompañar al paciente en los primeros ensayos con el fin de ayudar en la recuperación de la relajación y en la estructuración de las experiencias. Finalmente, si es relevante, el terapeuta puede empezar a integrar otras intervenciones con las "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" en este momento de la terapia. Normalmente se sugiere que el EMA preceda a otras intervenciones, ya que la relajación es generalmente menos amenazante y ayuda a formar rápidamente la relación terapéutica. Además, se trata de una intervención que es consistente con la conceptualización que tiene el paciente de los problemas, que aumenta la aceptación por parte del paciente y que disminuye el rechazo a otras intervenciones. En otras palabras, el desarrollo de "habilidades de afrontamiento por medio de la relajación" parece facilitar no sólo la reducción de la ansiedad directamente, sino también otras intervenciones que podrían ser, en un principio, más amenazantes.

VI. PROCEDIMIENTOS DE GRUPO PARA EL EMA

Varios de los estudios revisados en este capítulo mostraron que el EMA puede aplicarse con eficacia a pequeños grupos de entre seis a ocho personas. El EMA ha sido eficaz para grupos de individuos que comparten ansiedades comunes (p. ej., Deffenbacher y Shelton, 1978; Suinn y Richardson, 1971) y para grupos de sujetos con fuentes de ansiedad y de estrés algo diferentes (p. ej., Cragan y Deffenbacher, 1984; Hutchings *et al.*, 1980; Jannoun *et al.*, 1982). Un estudio (Deffenbacher *et al.*, 1980) mostró que algunos pacientes parecían beneficiarse incluso más cuando estaban mezclados con pacientes que tenían otros tipos de ansiedad. De este modo, parecería que el EMA podría llevarse a cabo eficazmente para pequeños grupos de pacientes con fuentes diferentes de ansiedad. Sin embargo, puede que esta eficacia no se extienda más allá del formato grupal, ya que un estudio (Daley *et al.*, 1983) mostró que un grupo amplio o con formato de taller (*workshop*) que incluía aproximadamente unos 25 pacientes no era eficaz para sujetos con ansiedad generalizada, mientras que un grupo pequeño de EMA sí lo era.

Dado que en un grupo de EMA participan varios pacientes, se recomiendan algunas modificaciones del EMA individual:

1. El terapeuta debería considerar el aumento de la duración de la sesión de 20 a 30 minutos más, es decir, que durase aproximadamente de 75 a 90 minutos.

Esto proporciona el tiempo adicional necesario para prestar atención a todos los pacientes y a sus problemas, para contestar a sus preguntas, para adaptar los procedimientos de intervención a los detalles de la vida del individuo y para tener tiempo para preguntar al paciente por las diferentes escenas de ansiedad y de relajación. Si no fuese posible aumentar la duración de la sesión, el terapeuta debería estar preparado para incrementar el número de sesiones. Normalmente, un grupo de EMA lleva aproximadamente de dos a cuatro sesiones más que el EMA individual. Sin embargo, el grupo del EMA presenta una eficiencia o una razón coste/beneficio considerables, ya que representa aproximadamente dos horas de terapeuta por paciente.

2. El ritmo del grupo de EMA debería asociarse al progreso del paciente más lento. Esto es necesario con el fin de asegurarse que todos los pacientes han tenido éxito antes de ir al paso siguiente. Ello puede requerir la repetición de toda o parte de una sesión antes de seguir adelante. Si un paciente es constantemente más lento o no sigue el ritmo de los otros miembros del grupo, puede ser conveniente sacarle del mismo y tratarle de forma individual.

3. En las tareas para casa se desarrollan más partes de las escenas de relajación y ansiedad. Es decir, se le pide al paciente que identifique y describa, antes de las sesiones, escenas que se vayan a utilizar en ellas. Durante las sesiones, el terapeuta entrevista al paciente y le ayuda a bosquejar los detalles de las propiedades estimuladoras internas y situacionales de las escenas. Luego, estas escenas se escriben en trozos de papel o en tarjetas que el paciente puede consultar.

4. En el EMA individual, el terapeuta es capaz de proporcionar detalles considerables sobre las escenas de relajación y de ansiedad. Sin embargo, en el EMA en grupo, esto no es posible porque los diferentes miembros del mismo tienen escenas cuyo contenido varía. Por consiguiente, el terapeuta utiliza instrucciones más generales para provocar las escenas de relajación o de ansiedad. De forma específica, el terapeuta hace que el paciente evoque su escena de ansiedad o de relajación que contenga el material que la persona ha escrito en su trozo de papel o tarjeta.

5. El terapeuta debería estar preparado para hacer más peticiones de indicaciones con la mano por parte de los pacientes con el fin de evaluar algunas cuestiones. Por ejemplo, si éstos han pasado por un ensayo de relajación, pero no lo han indicado así todos ellos, el terapeuta no sabrá si el sujeto ha experimentado la relajación pero no lo ha señalado o bien no se ha relajado. Por consiguiente, podría utilizar una instrucción del tipo de «Si estás en estos momentos relajado y cómodo, por favor, indícalo levantando la mano». Si no hay una indicación por parte de todos los pacientes, podría hacer la pregunta inversa «Si no estás experimentando tranquilidad y relajación, por favor, indícalo levantando la mano». De esta forma, el terapeuta obtiene una importante información sobre el progreso de los distintos pacientes durante la sesión.

6. Con un grupo de sujetos, hay una gran probabilidad de que se necesite aplicar la relajación a una serie de otros problemas emocionales y perturbadores. Estos aspectos deberían recibir atención en sesiones posteriores del grupo y pueden abordarse construyendo «otras escenas de emociones perturbadoras» que pueden utilizarse bajo el formato de la sesión 5.

VII. INTEGRACIÓN DEL EMA CON OTROS ENFOQUES TERAPÉUTICOS

La terapia cognitiva es muy apropiada para los pacientes con un TAG, teniendo en cuenta los importantes elementos cognitivos implicados, y el EMA puede integrarse fácilmente con ella. El EMA puede introducirse al inicio de la terapia con el fin de reducir los elementos de activación emocional y fisiológica. Conforme el paciente obtiene control emocional, se encuentra más preparado para los cambios cognitivos. Como poco, el EMA ayuda a formar una relación terapéutica razonablemente buena, lo que proporcionará la base de una integración posterior con la terapia cognitiva. Además, la reestructuración cognitiva y el ensayo de las habilidades de afrontamiento cognitivas pueden añadirse fácilmente en sesiones posteriores del EMA. En otras palabras, los pacientes pueden practicar las habilidades de afrontamiento cognitivas y de relajación para reducir la ansiedad producida por las escenas de ansiedad. Esa mezcla de enfoques cognitivos y de relajación ha sido eficaz en el tratamiento del TAG (Borkovec y Costello, 1993), en individuos con ansiedad generalizada y trastorno por pánico (Barlow *et al.*, 1984), en la ansiedad social (Butler *et al.*, 1984), en la conducta Tipo A (Kelly y Stone, 1987) y en la ira (Deffenbacher *et al.*, 1987, 1988, 1990a, 1995; Deffenbacher y Stark, 1992).

El EMA puede integrarse también con enfoques de adquisición de habilidades para individuos ansiosos y con déficit en habilidades. Para los individuos con un TAG, los déficit en habilidades podrían incluir la solución de problemas, la asertividad, etc. Se sugiere otra vez que el EMA preceda a los principales elementos del programa de adquisición de habilidades. El tener un conjunto eficaz de «habilidades de afrontamiento por medio de la relajación» puede permitir a los pacientes que se enfrenten más cómodamente a las situaciones y que se beneficien más de las actividades de ensayo habituales de la mayoría de los enfoques de adquisición de habilidades. Esto puede ser así porque son más capaces de reducir su ansiedad e implicarse más enteramente en la situación. Además, conforme el paciente aprenda a controlar mejor su ansiedad, puede ir mostrando más habilidades, ya que éstas podrían haber estado enmascaradas por la ansiedad interfiriente.

Obviamente, el EMA puede combinarse con programas de adquisición de habilidades conductuales y cognitivas. Esto se ha realizado con éxito en el caso de ansiedades sociales (Pipes, 1982), de individuos indecisos y ansiosos en el terreno laboral (Mendonca y Siess, 1976) y de la ira (Deffenbacher *et al.*, 1990b).

Para muchos pacientes con un TAG y otros trastornos por ansiedad, el EMA puede combinarse de forma eficaz con la medicación ansiolítica. Se sugiere que la medicación se prescriba al inicio de la terapia con el fin de reducir los elevados niveles de activación o de pánico. Esto proporciona al paciente un rápido alivio. Conforme desarrolla más habilidades de autocontrol de la ansiedad con el EMA, se puede reducir la medicación y transferir el control de la ansiedad a la relajación al desarrollar destreza y eficacia en la aplicación de las «habilidades de afrontamiento por medio de la relajación».

El EMA puede emplearse también conjuntamente con otras formas no conductuales de terapia. Las habilidades de relajación desarrolladas en el EMA per-

mite a un individuo ser capaz de relajarse y soportar mejor el material ansiógeno y funcionar terapéuticamente en otros planteamientos. Además, le puede permitir que no tenga que evitar los temas productores de ansiedad, como el abandonar la terapia, desarrollar resistencias, mecanismos de defensa, etc. Un estudio con esquizofrénicos ansiosos (Van Hassel *et al.*, 1982) sugirió que el EMA produjo un mayor progreso en otras terapias no conductuales.

Finalmente, el EMA podría emplearse como parte de programas psicoeducativos y de prevención. Es decir, el EMA podría utilizarse en pequeños grupos para desarrollar "habilidades generales de afrontamiento por medio de la relajación" para un amplio rango de individuos. Éstas podrían ser de ayuda para el individuo en su vida diaria o tener como objetivo acontecimientos estresantes específicos próximos, como una operación quirúrgica y sus secuelas o el afrontar los estímulos estresantes en el trabajo.

VIII. CONCLUSIONES

El EMA es una intervención eficaz, de tiempo breve, para problemas de ansiedad general y específica. Está diseñada para desarrollar habilidades de afrontamiento por medio de la relajación para el autocontrol de la ansiedad, proporcionando a los individuos con un TAG u otros trastornos por ansiedad una mayor capacidad para tranquilizarse y abordar los asuntos productores de ansiedad con una mayor eficacia cognitiva y conductual. Esperamos que este capítulo haya descrito el EMA con el detalle suficiente para que los terapeutas lo puedan emplear para ayudar a sus pacientes con distintos problemas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H., Cohen, A. S., Wadell, M., Vermilyea, J. A., Klosko, J. S., Blanchard, E. B. y Di Nardo, P. A. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431-449.
- Barlow, D. H., Rapee, R. M. y Brown, T. A. (1992). Behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 23, 551-570.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training*. Champaign, IL: Research.
- Borkovec, T. D. y 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.

- Borkovec, T. D., Mathews, A. M., Chambers, A., Ebrahimi, S., Lytle, R. y Nelson, R. (1987). The effects of relaxation training with cognitive therapy or nondirective therapy and the role of relaxation induced anxiety in the treatment of generalized anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 883-888.
- Butler, G., Cullington, A., Hibbert, G., Klimes, I. y Gelder, M. (1987). Anxiety management for persistent generalized anxiety. *British Journal of Psychiatry*, 151, 535-542.
- Butler, G., Cullington, A., Mumby, M., Amies, P. y Gelder, M. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 641-650.
- Butler, G., Fennell, M., Robson, P. y Gelder, M. (1991). Comparison of behavior therapy and cognitive behavior therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 167-175.
- Cragan, M. K. y Deffenbacher, J. L. (1984). Anxiety management training and relaxation as self-control in the treatment of generalized anxiety in medical outpatients. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 123-131.
- Daley, P. C., Bloom, L. J., Deffenbacher, J. L. y Steward, R. (1983). Treatment effectiveness of anxiety management training in small and large group formats. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 104-107.
- Deffenbacher, J. L. y Craun, A. M. (1985). Anxiety management training with stressed student gynecology patients: A collaborative approach. *Journal of College Student Personnel*, 26, 513-518.
- Deffenbacher, J. L., Demm, P. M. y Brandon, A. D. (1986). High general anger: Correlates and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 481-489.
- Deffenbacher, J. L., McNamara, K., Stark, R. S. y Sabadell, P. M. (1990a). A comparison of cognitive-behavioral and process oriented group counseling for general anger reduction. *Journal of Counseling and Development*, 69, 167-172.
- Deffenbacher, J. L., McNamara, K., Stark, R. S. y Sabadell, P. M. (1990b). A combination of cognitive, relaxation, and behavioral coping skills in the reduction of general anger. *Journal of College Student Development*, 31, 351-358.
- Deffenbacher, J. L. y Michaels, A. C. (1981a). Anxiety management training and self-control desensitization — 15 months later. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 459-462.
- Deffenbacher, J. L. y Michaels, A. C. (1981b). A twelve-month follow-up homogeneous and heterogeneous anxiety management training. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 463-466.
- Deffenbacher, J. L., Michaels, A. C., Daley, P. C. y Michaels, T. (1980). A comparison of homogenous and heterogeneous anxiety management training. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 630-634.
- Deffenbacher, J. L., Michaels, A. C., Michaels, T. y Daley, P. C. (1980). Comparison of anxiety management training and self-control desensitization. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 232-239.
- Deffenbacher, J. L. y Shelton, J. L. (1978). A comparison of anxiety management training and desensitization in reducing test and other anxieties. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 227-232.
- Deffenbacher, J. L. y Stark, R. S. (1992). Relaxation and cognitive-relaxation treatments of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 158-167.
- Deffenbacher, J. L., Story, D. A., Brandon, A. D., Hogg, J. A. y Hazaleus, S. L. (1988). Cognitive and cognitive-relaxation treatments of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 167-184.
- Deffenbacher, J. L., Story, D. A., Stark, R. S., Hogg, J. A. y Brandon, A. D. (1987). Cog-

- nitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 171-176.
- Deffenbacher, J. L. y Suinn, R. M. (1987). Generalized anxiety syndrome. En L. Michelson y L. M. Ascher (comps.), *Anxiety and stress disorders. Cognitive-behavioral assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Deffenbacher, J. L., Thwaites, G. A., Wallace, T. L. y Oetting, E. R. (1995). Social skill and cognitive-relaxation approaches to general anger reduction. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 400-405.
- Drazen, M., Nevid, J., Pace, N. y O'Brien, R. (1982). Worksite-based behavioral treatment of mild hypertension. *Journal of Occupational Medicine*, 24, 511-514.
- Hazaleus, S. L. y Deffenbacher, J. L. (1986). Relaxation and cognitive treatments of anger. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 222-226.
- Hill, E. (1977). A comparison of anxiety management training and interpersonal skills training for socially anxious college students. *Dissertation Abstracts International*, 37, (8-A), 4985.
- Hutchings, D., Denney, D., Basgall, J. y Houston, B. (1980). Anxiety management and applied relaxation in reducing general anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 181-190.
- Jannoun, L., Oppenheimer, C. y Gelder, M. (1982). A self-help treatment program for anxiety state patients. *Behavior Therapy*, 13, 103-111.
- Jorgensen, R., Houston, B. y Zurawaki, R. (1981). Anxiety management training in the treatment of essential hypertension. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 467-474.
- Kelly, K. y Stone, G. (1987). Effects of three psychological treatments and self-monitoring on the reduction of Type A behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 46-54.
- Mendonca, J. y Siess, T. (1976). Counseling for indecisiveness: Problem-solving and anxiety-management training. *Journal of Counseling Psychology*, 23, 339-347.
- Pipes, R. (1982). Social anxiety and isolation in college students: A comparison of two treatments. *Journal of College Student Personnel*, 23, 502-508.
- Quillen, M. y Denney, D. (1982). Self-control of dysmenorrheic symptoms through pain management training. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 123-130.
- Richardson, F. y Suinn, R. (1973). A comparison of traditional systematic desensitization, accelerated massed desensitization, and anxiety management training in the treatment of mathematics anxiety. *Behavior Therapy*, 4, 212-218.
- Suinn, R. M. y Bloom, L. (1978). Anxiety management training for Pattern A behavior. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 25-35.
- Suinn, R. M., Brock, L. y Edie, C. (1975). Behavior therapy for Type A patients. *American Journal of Cardiology*, 36, 269.
- Suinn, R. M. (1990). *Anxiety management training*. Nueva York: Plenum.
- Suinn, R. M. y Deffenbacher, J. L. (1988). Anxiety management training. *The Counseling Psychologist*, 16, 31-49.
- Suinn, R. y Richardson, F. (1971). Anxiety management training: A non-specific behavior therapy program for anxiety control. *Behavior Therapy*, 2, 498.
- Van Hassel, J., Bloom, L. J. y González, A. C. (1982). Anxiety management training with schizophrenic outpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 280-285.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy* (2ª edición). Nueva York: Pergamon.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (1983). *Entrenamiento en relajación progresiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 1983. (Orig.: 1973).
- Deffenbacher, J. L. y Suinn, R. M. (1982). The self-control of anxiety. En P. Karoly y F. Kanfer (dirs.), *Self-management and behavior change from theory to practice*. Nueva York: Pergamon.
- Lehrer, P. M. y Woolfolk, R. L. (1993). *Principles and practice of stress management* (2ª edición). Nueva York: Guilford.
- Lichstein, K. L. (1988). *Clinical relaxation strategies*. Nueva York: Wiley.
- Suinn, R. M. (1990). *Anxiety management training*. Nueva York: Plenum.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE LOS TRASTORNOS SEXUALES

9. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

MICHAEL P. CAREY

I. REVISIÓN HISTÓRICA Y ESBOZO DEL CAPÍTULO

En muchos sentidos, el tratamiento de las disfunciones sexuales sirvió como un importante campo de pruebas para las terapias cognitivo-conductuales. Uno de los fundadores del enfoque cognitivo-conductual fue Albert Ellis, que empezó su carrera en sexología y publicó trabajos pioneros como *The folklore of sex* (1951), *The American sexual tragedy* (1954) y *Sex without guilt* (1958). Aunque entrenado inicialmente en psicoanálisis como enfoque terapéutico, Ellis sacó provecho de la investigación y entrenamiento adicional en sexología; estas experiencias le llevaron finalmente, en 1955, a rechazar el psicoanálisis y a desarrollar la terapia racional-emotiva, la primera de las terapias cognitivo-conductuales (Ellis, 1992).

El tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales continuó siendo algo esotérico especialmente durante las décadas de los años cincuenta y sesenta. No obstante, las bases empíricas fueron establecidas por la investigación y los escritos de Kinsey y sus colaboradores (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948; Kinsey *et al.*, 1953) así como por Masters y Johnson (1966, 1970). Con la publicación de «La inadecuación sexual humana» (*Human sexual inadequacy*) por Masters y Johnson en 1970, el campo de la terapia sexual se afianzó y desde entonces ha prosperado. Escritos posteriores por LoPiccolo y sus colaboradores (1978, 1988), Leiblum y Rosen (1988, 1991) y otros autores han mejorado los procedimientos cognitivo-conductuales, sobre los que muchos terapeutas están de acuerdo en que constituyen el tratamiento de elección para las disfunciones sexuales.

En este capítulo describiré las disfunciones sexuales más frecuentes, revisaré su prevalencia y etiología, presentaré información sobre el tratamiento cognitivo-conductual de estos problemas, sugeriré las tendencias futuras de la terapia sexual cognitivo-conductual y recomendaré algunas lecturas para el terapeuta interesado en este campo.

University of Syracuse (EE UU).

Agradecimientos: La preparación de este capítulo fue financiada por una Scientific Development Award del National Institute of Mental Health a Michael P. Carey.

II. LAS DISFUNCIONES SEXUALES

El concepto actual de las disfunciones sexuales se basa en el ciclo de la respuesta sexual descrito en primer lugar por Masters y Johnson (1966) y más tarde modificado por distintos teóricos, incluyendo a Kaplan (1974). Masters y Johnson realizaron investigaciones de laboratorio con adultos voluntarios sanos y proporcionaron un modelo fisiológico del funcionamiento sexual que incluía cuatro etapas: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Kaplan (1974), basándose en su experiencia clínica, propuso que se debería añadir una etapa más, que denominó "deseo" y se refiere al interés y a la disponibilidad cognitiva y afectiva de la persona con respecto a la actividad sexual. Hoy día, la mayoría de los modelos del funcionamiento sexual saludable se centran en el deseo, la activación y el orgasmo.

Las definiciones y la clasificación de la *disfunción* sexual incluyen el deterioro o la perturbación de una de esas tres etapas; además, la experiencia de dolor en cualquier momento de la actividad sexual se clasifica también como disfunción sexual. En el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª edición) (*DSM-IV*; APA, 1994) se han publicado criterios diagnósticos específicos para nueve disfunciones. Cada una de éstas puede caracterizarse dependiendo de si ha sucedido *desde siempre* (es decir, ha estado presente desde el inicio del funcionamiento sexual) o si ha sido *adquirida* (la disfunción sexual se desarrolló después de un período de funcionamiento normal), de si es *generalizada* (ocurre en todas las situaciones con todas las parejas) o *específica* (se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas), de si se debe a factores *psicológicos* o a una *combinación* de factores psicológicos y una enfermedad médica o abuso de sustancias psicoactivas. Cuando una disfunción sexual ocurre exclusivamente como resultado de una enfermedad médica (p. ej., la disfunción de la erección causada por una neuropatía diabética en estado avanzado), la disfunción no se considerará un trastorno mental o psicológico.

Según el *DSM-IV*, el diagnóstico formal requiere que la disfunción «no ocurra durante el curso de otro trastorno del Eje I», como el trastorno depresivo mayor, y no sea provocado por el consumo de una sustancia psicoactiva (p. ej., cannabis). Además, el clínico debe determinar que la disfunción «provoque malestar o problemas interpersonales importantes». Esta calificación, nueva en la cuarta edición del *DSM*, puede afectar al diagnóstico y a la prevalencia de las disfunciones sexuales; es decir, los individuos que hayan sido clasificados anteriormente padeciendo una disfunción con base únicamente en los síntomas físicos, ya no serán diagnosticados así si el sujeto y/o la pareja afronta razonablemente bien el problema.

El *Trastorno por deseo sexual hipoactivo* se refiere a un trastorno en el que una persona se encuentra perturbada por bajos niveles percibidos de fantasías y actividad sexuales. Los clínicos deben hacer este juicio basándose en factores que puedan afectar a los niveles de deseo y actividad, como el género y el contexto de la vida de la persona. Este trastorno puede ser difícil de diagnosticar

debido a que el constructo del deseo no está todavía bien comprendido o definido y se encuentra sujeto a muchas interpretaciones. Debido a la amplia variabilidad en lo que los individuos perciben como impulso "sexual" normal, es un *cambio* en el deseo lo que generalmente hace que el sujeto acuda en busca de ayuda.

La interrelación de la conducta, las cogniciones y el afecto son importantes para diagnosticar este trastorno. Los clínicos tienen la libertad de realizar este diagnóstico en distintas situaciones —cuando una persona carece de deseo y fantasías sobre el sexo, pero tiene relaciones sexuales de forma regular en respuesta a las insinuaciones de su pareja; o cuando una persona a los 20 años no tiene una pareja regular, se encuentra molesto porque percibe que es una carencia importante de interés en el sexo, tiene poco interés en la masturbación, y experimenta fantasías poco frecuentes sobre la actividad sexual. El resultado de esta flexibilidad en el diagnóstico es un sacrificio potencial de la fiabilidad entre los clínicos.

El *Trastorno por aversión al sexo*, aunque se diagnostica como un síndrome distinto del trastorno por deseo sexual hipoactivo, puede entenderse como una forma extrema de bajo deseo sexual. Los dos trastornos se han clasificado como diagnósticos clínicos distintos debido, principalmente, a diferencias en la presentación clínica; los que sufren un trastorno por aversión sexual temen y evitan el contacto sexual. Ha habido poca investigación sistemática sobre el trastorno por aversión al sexo, de modo que todavía hay que ver si son etiologías comunes las que subyacen a los dos trastornos del deseo. Según el *DSM-IV*, un individuo con este trastorno experimenta una aversión persistente o recurrente hacia él, y una evitación de todo, o casi todo, contacto sexual genital con otra persona.

El *Trastorno de la erección en el varón*, denominado a menudo "impotencia" (que puede considerarse involuntariamente peyorativo) por los médicos y la gente, debería diagnosticarse cuando un hombre es incapaz, de modo persistente o periódico, de lograr o mantener una erección hasta la finalización de la actividad sexual. El *Trastorno de la excitación sexual en la mujer* se refiere a la falta de respuesta a la estimulación sexual; de forma específica, consiste en una incapacidad persistente o periódica de lograr o mantener la respuesta de lubricación-tumefacción de la excitación sexual hasta la terminación de la actividad sexual.

El *Trastorno orgásmico femenino* se refiere a una demora persistente o periódica, o a la ausencia, del orgasmo después de una fase de excitación sexual normal. Los criterios permiten que las mujeres manifiesten una amplia variabilidad en el tipo e intensidad de la estimulación para el orgasmo; el clínico tiene que juzgar la capacidad orgásmica basándose en la edad de la mujer, en la experiencia sexual de ésta y en la adecuación de la estimulación. El *Trastorno orgásmico masculino* se refiere a la demora persistente o periódica, o a la ausencia, de orgasmo durante la estimulación sexual que se considera adecuada en el objetivo, la intensidad y la duración, mientras que la *eyaculación prematura* se refiere a la

eyacuación con una estimulación sexual mínima, antes, en el momento o poco tiempo después de la penetración y "antes de lo que desearía la persona". Esto último puede ser difícil de diagnosticar, porque no está claro qué es lo que debería considerarse como una duración "normal" del contacto sexual antes del orgasmo. Es posible que algunos hombres y mujeres tengan expectativas poco realistas con respecto al tiempo que ha de transcurrir antes del orgasmo, y los clínicos pueden no estar de acuerdo sobre la definición precisa de "prematureo". Sin embargo, los casos más claros incluyen habitualmente eyacuación antes de la introducción (cuando se desea el coito) o inmediatamente después de la penetración.

El criterio del *DSM-IV* para la *dispareunia* es un dolor genital persistente o recurrente asociado con la relación sexual (en el hombre o en la mujer) que no está causado exclusivamente por la falta de lubricación o por el vaginismo y no se debe a una enfermedad médica. El *vaginismo* se refiere a espasmos recurrentes o persistentes de la musculatura del tercio externo de la vagina que interfiere con el coito. Lamont (1978) informa que cuando las parejas intentan el coito, la sensación es que el pene «se tropieza con un "muro" que se encuentra a unos dos centímetros en el interior de la vagina» (p. 633). Las repercusiones de este problema pueden ser importantes; debido a la importancia que muchas parejas dan al coito, el hombre puede pensar que la mujer se está resistiendo a tener intimidad con él. La mujer, a pesar de la naturaleza involuntaria de los espasmos, puede culparse a sí misma por el problema —es posible que la anticipación de las ocurrencias futuras provoque los espasmos antes de intentar el coito (véase Wincze y Carey, 1991).

Aunque se recomienda el conocimiento de los criterios y las categorías de diagnóstico formales, también se aconseja un sano escepticismo sobre esos sistemas de clasificación. Después de todo, aunque las disfunciones sexuales en el *DSM* se definen como presentes o ausentes, la salud sexual se conceptualiza de modo más preciso a lo largo de un continuo. Además, aunque las disfunciones proporcionan heurísticos para el diagnóstico y la comunicación, en la práctica clínica el plan de tratamiento debe explicar a menudo las complejidades biopsicosociales del funcionamiento sexual. Por ejemplo, los problemas en una etapa determinada pueden influir sobre el funcionamiento en una etapa posterior (y viceversa). En un estudio de 374 hombres con problemas sexuales, Segraves y Segraves (1990) encontraron que el 20% de los hombres con trastorno de la erección tenía además un trastorno del deseo. La enfermedad biológica no diagnosticada y factores diádicos/interpersonales no descubiertos pueden jugar también papeles importantes en el desarrollo y mantenimiento de una disfunción sexual. Por consiguiente, aunque el *DSM-IV* representa una mejora notable sobre las ediciones anteriores, no debería considerarse la última palabra sobre la función o disfunción sexual.

III. LOS FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y EMPÍRICOS

La experiencia clínica, la investigación empírica y las formulaciones teóricas han jugado un importante papel en nuestro conocimiento de las disfunciones sexuales. En esta sección, presentaré una breve revisión de los enfoques teóricos y de los hallazgos de la investigación que han influido sobre el tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales.

III.1. Fundamentos empíricos

Merecen destacarse dos importantes tradiciones en la investigación, es decir, aquellas que se han centrado a) en la prevalencia y b) en la etiología de las disfunciones sexuales. La primera es importante porque establece que las disfunciones ocurren frecuentemente y necesitan la atención de los profesionales de la salud mental. La última es también importante porque plantea la adecuación de los enfoques de tratamiento cognitivo-conductual.

Prevalencia. Desde las observaciones clínicas de Freud, los terapeutas han reconocido la frecuencia con que los problemas sexuales aparecen como objetivos clínicos importantes. Sin embargo, sólo recientemente se dispone de estimaciones con base empírica sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales. Como han señalado Spector y Carey (1990), gran parte de los datos existentes debe interpretarse con precaución debido a limitaciones metodológicas como la inadecuación de las muestras, categorías imprecisas de diagnóstico y problemas de medición. Sin embargo, la literatura ofrece cierta información sobre la prevalencia de las disfunciones sexuales.

Las estimaciones de la frecuencia del *trastorno por deseo sexual hipoactivo* en estudios que intentan determinar su prevalencia en la población general, sugieren que el bajo deseo sexual tiene lugar en cerca del 34% de las mujeres y del 16% de los hombres (Frank, Anderson y Rubinstein, 1978). Sin embargo, estas muestras no incluían el diagnóstico de los clínicos; por el contrario, pequeñas muestras de sujetos contestaban afirmativamente a ítems del tipo «actualmente no me interesa el sexo». Más información sobre la frecuencia de los trastornos del deseo sexual proviene de estudios con base clínica. La investigación reciente indica que los trastornos del deseo constituyen la razón por la que acuden a las clínicas de terapia sexual de la mitad a los dos tercios de las personas (Segraves y Segraves, 1991). La reciente introducción del *trastorno por aversión al sexo* en la nomenclatura diagnóstica hace difícil la diferenciación entre la frecuencia del trastorno por aversión al sexo y el trastorno por deseo sexual hipoactivo. Sin embargo, un informe reciente (Katz, Frazer y Wilson, 1993) indica que el 6% de los estudiantes universitarios experimentaban una seria ansiedad sexual, que puede ser un sustituto de la aversión sexual.

Al *trastorno de la erección en el varón* se debe que entre un 36% y un 53% de los hombres acudan a clínicas especializadas (Spector y Carey, 1990). En un

reciente estudio, Feldman *et al.* (1994) emplearon una muestra aleatoria de hombres sanos (de 40 a 70 años), que no estaban internados en instituciones clínicas, para determinar la prevalencia del trastorno de la erección en la población general. De los 1 290 hombres encuestados, el 52% informaron de una "impotencia" mínima, moderada o completa (definida como problemas de erección durante el coito, bajas tasas de actividad sexual y de la erección, y escasa satisfacción con su vida sexual); la prevalencia de la "impotencia" total era del 9,6% y se triplicaba del 5 al 15% entre los 40 y los 70 años. Basándose en éstos y otros estudios (p. ej., Kinsey *et al.*, 1948), queda claro que los problemas de erección son muy frecuentes. Las pruebas sobre la prevalencia del *trastorno de la excitación sexual femenina* son escasas. Frank *et al.* (1976) informaron que el 57% de las mujeres que acuden a terapia experimenta trastornos de la excitación. Las estimaciones de diversos estudios arrojan tasas de prevalencia que van del 11 (Levine y Yost, 1976) al 48% (Frank *et al.*, 1976). En cualquier caso, el trastorno de la excitación femenina está poco definido.

La frecuencia del *trastorno orgásmico femenino* ha ido del 5 (Levine y Yost, 1976) hasta el 20% (Ard, 1977; Hunt, 1974) en muestras de la población normal. Los clínicos informan que entre el 18 y el 76% de las mujeres en las clínicas de terapia sexual indican de una falta de orgasmo como su queja principal. En la práctica clínica, el *trastorno orgásmico masculino* se observa raramente. Spector y Carey (1990) identificaron este problema como el trastorno menos frecuente, ocurriendo entre el 4-10% de los hombres. Estos porcentajes pueden ser incluso estimaciones excesivas, ya que la "demora" del orgasmo y la duración del tiempo que se considera normal antes de eyacular no están bien definidas. Por el contrario, muchos terapeutas sexuales están de acuerdo en que la *eyacuación prematura* es frecuente. Spector y Carey (1990) concluyeron que del 36 al 38% de los hombres en la población general pueden sufrir este problema y dos estudios encontraron que era el problema principal en el 20% de los hombres en sus clínicas (Hawton, 1982; Renshaw, 1988).

Aunque las encuestas en la población sugieren que hasta el 33% de las mujeres experimentan dolor durante la actividad sexual (Glatt, Zinner y McCormack, 1990), sólo del 3 al 5% de los pacientes en las clínicas de terapia sexual se quejan de *dispareunia* (Hawton, 1982; Renshaw, 1988). Bachman, Leiblum y Grill (1989) utilizaron un cuestionario e investigaron directamente la presencia de problemas sexuales en 887 pacientes externas consecutivas de consulta ginecológica. Sólo el 3% presentó problemas sexuales en la encuesta; sin embargo, durante la investigación directa, el 9% informó de dispareunia. La prevalencia de la dispareunia en los hombres es desconocida. El *vaginismo* puede ser la disfunción de la que menos se habla, debido a la vergüenza que se experimenta. No se disponen de estimaciones sobre la prevalencia en la población general, pero se ha encontrado entre el 5 y el 42% de las mujeres que acuden a terapia sexual (Spector y Carey, 1990).

Etiología. El objetivo de este capítulo, y del libro, lo constituyen los enfoques cognitivo-conductuales. Teniendo en cuenta la validez demostrada de dichas intervenciones para muchos problemas, incluyendo las disfunciones sexuales,

les, ese objetivo queda justificado. Sin embargo, cuando se habla sobre las disfunciones sexuales es especialmente importante reconocer el destacado papel que juega la fisiología. Muchos de los científicos-clínicos más significativos adoptan explícitamente un marco biopsicosocial que reconoce la importancia del nivel biológico de análisis. Así, a pesar de que las limitaciones de espacio de este capítulo requieren que me centre en los niveles psicológicos y sociales de análisis, quisiera recordar al lector la importancia de los factores de riesgo hormonales, neurológicos y vasculares en la predisposición, desencadenamiento y mantenimiento de muchas disfunciones.

Los clínicos han sugerido una variedad de causas psicológicas para el bajo deseo sexual. Con respecto a los factores individuales, LoPiccolo y Friedman (1988) citan aspectos relativos a la edad, al temor de perder el control sobre los impulsos sexuales manifiestos, los conflictos de identidad de género, la escasa adaptación psicológica, y el temor al embarazo o las enfermedades de transmisión sexual. Las causas que se han planteado con base en la relación han incluido una falta de atracción hacia la otra persona, diferencias en la pareja sobre el grado óptimo de intimidad, y problemas maritales (los niveles de hormonas de la pituitaria y de las gónadas y varios agentes farmacológicos pueden influir también sobre el deseo).

Sólo recientemente los investigadores han empezado a estudiar estas causas potenciales del deseo sexual hipoactivo. Schreiner-Engel y Schiavi (1986) informaron que era dos veces más probable que pacientes con trastorno del deseo, comparados con sujetos control, hubieran sufrido *anteriormente* una perturbación afectiva. Donahey y Carrol (1993) compararon los casos de 47 hombres y de 22 mujeres que habían sido tratados por bajo deseo sexual e informaron que era más probable que las mujeres indicaran mayores niveles de estrés y malestar y de más insatisfacción con la relación, que los hombres. Stuart, Hammond y Pett (1987) estudiaron a mujeres con bajo deseo sexual y a sujetos control, y concluyeron que la escasa calidad de la relación marital era lo más importante en el desarrollo del trastorno.

Aunque el *trastorno por aversión al sexo* está poco estudiado, las víctimas de traumas sexuales, como la violación, pueden ser más vulnerables al desarrollo de este temor y evitación extremos hacia el sexo. Varios estudios proporcionan apoyo preliminar a esta hipótesis. Chapman (1989) determinó la frecuencia de la disfunción sexual en mujeres que habían experimentado un ataque físico o sexual (30 víctimas de violación y 35 víctimas de abuso). De dos a cuatro años más tarde del suceso, más del 60% de estas mujeres experimentaban alguna disfunción sexual. Katz y sus colaboradores (1992) desarrollaron la *Escala de aversión sexual (Sexual Aversion Scale, SAS)* para evaluar los pensamientos, los sentimientos y las conductas consistentes con los criterios diagnósticos (p. ej., «He evitado recientemente las relaciones sexuales debido a mis temores hacia el sexo»); las respuestas de los estudiantes de instituto y universitarios así como las de las víctimas de ataques sexuales sugieren una relación positiva entre una historia de agresiones sexuales, la ansiedad generalizada y un elevado grado de aversión.

El *trastorno de la erección en el varón* ha sido la disfunción sexual más estudiada. Debido a que son necesarios un flujo de sangre y una desaparición de la tu-

mefacción adecuados, los aspectos vasculares y neurológicos son importantes causas físicas del trastorno de la erección. En el terreno psicológico, el afecto negativo, especialmente la ansiedad, se ha propuesto como el factor causal. Barlow (1986) llevó a cabo una serie de estudios en los que planteaba dos supuestos componentes principales en los hombres con disfunción de la erección. En primer lugar, suelen experimentar más interferencias cognitivas durante la actividad sexual, básicamente pensamientos negativos que crean ansiedad ante la actuación, y es más probable que se centren en su respuesta de erección, infraestimando generalmente el grado de la misma. En segundo lugar, los hombres con problemas de erección sufrían a menudo un ciclo de afecto negativo sobre su disfunción.

Ha sido escasa la investigación que ha explorado la etiología de los *trastornos de la excitación* en las mujeres. Sin embargo, al igual que con la excitación en el hombre, sabemos que la respuesta de lubricación-tumefacción de la mujer se apoya también en el funcionamiento vascular y neurológico correcto. Se cree que los factores relativos a la relación son importantes para el desarrollo del trastorno de la excitación femenina. Puede que la pareja no proporcione una estimulación adecuada; debido a una deficiente comunicación, es probable que el problema no se solucione. Una mujer puede experimentar una falta de atracción hacia el compañero, a pesar del deseo o las ganas de realizar la actividad sexual.

Derogatis y sus colaboradores (1979, 1986) han sugerido que es posible que las mujeres con un *trastorno orgásmico* tengan una peor adaptación psicológica, incluyendo sentimientos de inferioridad y una imagen corporal negativa. Sin embargo, los factores interpersonales y de técnica sexual pueden ser más importantes en la aparición de este problema. Las mujeres con este trastorno, comparadas con sujetos control que experimentan el orgasmo de forma consistente, se encuentran a menudo más insatisfechas con su relación y el tipo y rango de la actividad sexual, y sus parejas estaban menos informadas de las preferencias sexuales de la mujer (Kilmann *et al.*, 1984).

No sabemos mucho sobre el *trastorno orgásmico masculino*. Los informes se refieren principalmente a estudios de caso con explicaciones individuales que van desde el temor a la castración y un trauma sexual anterior hasta los efectos secundarios de la medicación (Munjack y Kanno, 1979). La *eyaculación prematura* puede estar causada, al menos en parte, por la hipersensibilidad del pene (Speiss, Geer y O'Donahue, 1984), a causa de lo cual el hombre eyacula con un menor nivel de excitación. Sin embargo, como causa única para el problema, esta explicación sirve sólo para un pequeño porcentaje de casos. Una respuesta condicionada podría estar también implicada; puede haber sido adaptativa, en las primeras experiencias sexuales, para que la actividad sexual terminara rápidamente (p. ej., evitar que le descubran). Posiblemente esas situaciones sexuales habrán sido también provocadoras de ansiedad. Dentro de un marco diátesis-estrés, la hipersensibilidad física, las respuestas aprendidas y la reacción excesiva de ambos miembros de la pareja ante la eyaculación rápida, pueden haber contribuido al desarrollo y mantenimiento del problema.

La *dispareunia* pudiera estar causada por la sensibilidad postoperatoria de una intervención quirúrgica vaginal, por endometriosis, por inflamación pélvica, por vestibulitis vulvar, y por otras enfermedades médicas (véase Sandberg y

Quevillon, 1987). Cuando la dispareunia no se debe exclusivamente a los efectos fisiológicos, entonces se encuentran implicados a menudo factores psicosociales como temor, afecto deprimido, baja autoestima, desconfianza, ira y comunicación inadecuada. Respecto al *vaginismo* se han propuesto varias causas. Se deberían evaluar como potenciales factores causales unos bordes dolorosos del himen, un himen rígido, tumores pélvicos, y la posible obstrucción debida a una intervención vaginal anterior (Lamont, 1978). Silverstein (1989) revisó las historias de 22 mujeres que había tratado por vaginismo psicógeno; en estos casos, casi todas las mujeres tenían padres agresivos y dominantes. Según la opinión de Silverstein, el vaginismo era un síntoma que servía para proteger a la mujer del coito, percibido como una violación o invasión. Curiosamente, en la cultura irlandesa, donde se ha informado de algunos de los porcentajes más altos de vaginismo, varios autores han encontrado también que las mujeres con vaginismo a menudo provienen de familias en las que el padre es una figura amenazante (Barnes, 1986; O'Sullivan, 1979). El condicionamiento sexual negativo que implicaba temas religiosos también era relativamente frecuente. Basándose en la observación clínica, se ha sugerido que una violación o un trauma sexual anteriores pueden conducir al vaginismo. Este factor causal encaja dentro de un modelo de "respuesta aprendida" (y de "autoprotección") para el desarrollo de este trastorno. Se piensa que la dispareunia durante la violación o los primeros intentos de coito causan la tensión involuntaria de los músculos vaginales en los intentos de penetración posteriores.

Como sugiere este rápido repaso de los fundamentos empíricos, la disfunción sexual puede estar provocada por una serie de distintos factores biopsicosociales. Aunque la investigación sobre la etiología sigue siendo incompleta, ha influido sobre las formulaciones teóricas actuales de las disfunciones sexuales.

III.2. Fundamentos teóricos

En el espacio de un único capítulo es imposible revisar la gran cantidad de marcos teóricos que se han propuesto para explicar la iniciación, el desencadenamiento y el mantenimiento de las disfunciones sexuales. Por consiguiente, en esta sección describiré simplemente varios factores psicosociales clave propuestos por los teóricos para influir sobre el curso de las disfunciones sexuales. Se ofrece esta breve lista de factores individuales y de pareja como una guía heurística que ayude a explicar por qué pueden ser útiles ciertas estrategias de tratamiento (presentadas en el siguiente apartado).

Los teóricos han identificado varias características de los individuos que pueden predisponer o mantener los problemas sexuales. La *falta de conocimiento* sobre la anatomía y la fisiología sexuales puede ser motivo de dificultades; por ejemplo, la ignorancia sobre la necesidad de un juego previo de cierta duración o de lubricación exógena en las personas mayores pudieran producir una excitación inadecuada o un coito doloroso (Wincze y Carey, 1991). Dicha ignorancia se muestra también como un terreno fértil para numerosos *mitos o creencias disfuncionales*. Por ejemplo, Zilbergeld (1993), Heiman y LoPiccolo (1988)

y otros nos han recordado durante años que, como cultura, respaldamos inconscientemente un modelo de sexualidad poco saludable, basado en el desempeño. En este modelo, los hombres y las mujeres se evalúan a sí mismos con respecto a un conjunto de patrones no escritos, pero ampliamente aceptados, que son inapropiados para la mayoría de nosotros.

Los individuos pueden padecer también *déficit en habilidades*; por ejemplo, es posible que la gente no sepa cómo proporcionar placer y/o mostrar afecto a su pareja, o cómo optimizar su propio placer sexual. Algunos individuos informan de un repertorio sexual muy limitado que pone límites a lo que puedan intentar. Esto puede ser especialmente problemático cuando la enfermedad crónica hace menos satisfactoria su práctica habitual. Cuando surgen los problemas sexuales, son a menudo transitorios. Sin embargo, como se ha señalado anteriormente, algunos individuos mantienen patrones muy elevados para su "actuación" sexual. Desarrollan *ansiedad ante la actuación*, que puede inhibir las respuestas sexuales normales y el estar a gusto psicológicamente (Masters y Johnson, 1970).

Los individuos pueden traer también *otros problemas psicológicos* al dormitorio que deterioran su capacidad para participar totalmente en una expresión sexual saludable. Los sujetos que están clínicamente deprimidos o ansiosos, o que experimentan niveles excesivos de estrés de fondo, o que tienen problemas de ingesta de alcohol o drogas, posiblemente necesiten terapia individual previa a la terapia sexual. Problemas psicológicos menos graves, como una *imagen corporal pobre* o una *disforia leve*, pueden manejarse en el contexto de la terapia sexual. Los individuos que han experimentado un *trauma sexual anterior* pueden necesitar también terapia individual para abordar los efectos residuales de dicho trauma.

Los factores de pareja juegan también un importante papel en la satisfacción y en el funcionamiento sexuales. Un *problema global de la relación* presenta retos importantes; debido a que los problemas maritales constituyen el contenido de otro capítulo en el volumen 2 de esta obra, no se describen más detenidamente; únicamente decir que los problemas globales deben solucionarse antes de que se puedan esperar relaciones sexuales mutuamente satisfactorias. Las parejas que tienen una relación sólida fuera del dormitorio pueden sufrir problemas debido a *guiones sexuales que no encajan entre sí* (Rosen y Leiblum, 1988) y/o a una *comunicación inadecuada*. Estos problemas se abordan frecuentemente en la terapia sexual.

Se pueden describir más factores, pero los expuestos anteriormente sirven como una lista breve de los fundamentos teóricos más frecuentes que subyacen a la práctica de la terapia sexual cognitivo-conductual.

IV. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

En esta sección, empezaré señalando la importancia de una evaluación cuidadosa y subrayaré algunas consideraciones preliminares en la práctica de la terapia. Luego dedicaré la mayor parte de esta sección a una descripción de los principales componentes de un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual.

IV.1. El papel de la evaluación

El propósito de este capítulo es presentar información sobre el tratamiento cognitivo-conductual. Sin embargo, es esencial indicar que una evaluación cuidadosa tiene que preceder y acompañar al proceso terapéutico. La evaluación tiene varios objetivos: el diagnóstico, la formulación del caso y planificación del tratamiento, y el seguimiento del curso de la intervención. En el contexto de las disfunciones sexuales, el objetivo inicial de la evaluación es el diagnóstico, es decir, determinar si hay factores de riesgo psicosociales o del estilo de vida que jueguen un papel significativo en el mantenimiento del trastorno. Como se ha señalado anteriormente, si una "enfermedad médica" (p. ej., una patología endocrina, vascular o neurológica; APA, 1994) explica por sí sola el trastorno, entonces la disfunción no se consideraría como un trastorno psicológico o mental. Sin embargo, si el paciente funciona satisfactoriamente bajo ciertas circunstancias, entonces el proceso de evaluación debería conducir al desarrollo de una formulación del caso amplia (p. ej., de una hipótesis de trabajo sobre la etiología del problema de erección). Esta formulación del caso debería surgir a partir de una evaluación cuidadosa del papel de los factores de riesgo psicosociales o del estilo de vida, identificados previamente, en la iniciación y mantenimiento de la disfunción, y conducir al desarrollo de un plan de tratamiento (Carey *et al.*, 1984). Un objetivo continuo de la evaluación será medir la eficacia de la terapia. Es esencial también recordar a los terapeutas que una evaluación cuidadosa, biopsicosocial, necesita de la colaboración de un equipo multidisciplinar, que incluye normalmente uno o más especialistas médicos (p. ej., urólogo, neurólogo, etc.). Más información sobre la colaboración con otros profesionales de la salud pueden encontrarse en otras fuentes (p. ej., Carey, Lantinga y Krauss, 1994).

IV.2. Consideraciones preliminares

Hay algunas consideraciones generales que podrían plantearse en un principio. En primer lugar, prefiero —cuando trato a individuos que están implicados actualmente en una relación íntima— trabajar con las parejas, en vez de hacerlo sólo con el individuo. Existen algunos casos en los que esto no es posible, pero la mayoría de los terapeutas sexuales encuentran que es posible un progreso más eficaz y duradero cuando trabajan con ambos miembros de la pareja. En segundo lugar, los procedimientos descritos aquí se aplican tanto a hombres como a mujeres y a parejas hetero- y homosexuales. En tercer lugar, he encontrado que raramente es eficaz trabajar con dificultades sexuales cuando existe un problema de ingesta de alcohol o drogas. Se debería tratar primero el problema de consumo de sustancias psicoactivas antes de plantear un programa eficaz para la disfunción sexual. En cuarto lugar, prefiero ver a los pacientes una vez a la semana. Se les puede citar más frecuentemente durante la evaluación inicial, pero las sesiones semanales permiten la práctica en casa sin perder

continuidad. Se debería reevaluar regularmente la distancia entre sesiones, con el fin de determinar si una programación diferente sería más útil para la pareja, por las razones que sean, sin perturbar el curso de la terapia. Una vez que una pareja o un individuo han demostrado que pueden seguir las instrucciones de la terapia, probablemente sea conveniente aumentar el espacio entre sesiones a varias semanas, especialmente después de que se haya producido un avance importante. Cuando las sesiones se distancian, se debería dar instrucciones que permitieran un contacto telefónico frecuente, si fuera apropiado. En quinto lugar, para la mayoría de las parejas se podría esperar un progreso importante en 8 a 16 sesiones. Los casos complicados (p. ej., la inclusión de un miembro de la pareja con una historia de abuso sexual o de psicopatología, o bien problemas maritales graves) pueden requerir una mayor duración de la terapia de pareja o terapia individual previa.

IV.3. Componentes de la terapia sexual cognitivo-conductual

En esta sección revisaré varios procedimientos cognitivo-conductuales que suelen ser útiles para la mayoría de las disfunciones sexuales. El tratamiento para cada una de estas disfunciones incluye uno o más de estos procedimientos, adaptado al contexto específico del problema. Por ejemplo, la terapia para el trastorno orgásmico femenino puede incluir educación sobre la respuesta sexual femenina y entrenamiento en habilidades de comunicación para ayudar a la pareja a que le sea más fácil expresar sus preferencias sexuales.

IV.3.1. Educación: disminuir la ignorancia y mejorar el conocimiento

El proporcionar información a los pacientes puede ser el procedimiento más frecuente de la terapia sexual. Se ofrece información básica sobre las características sexuales primarias y secundarias, la anatomía y la fisiología sexuales, el ciclo de la respuesta sexual y diferencias de género en las experiencias y preferencias sexuales. Podría ser apropiada la información sobre la planificación familiar y el control de natalidad. Se puede utilizar la educación sobre los cambios normales en el funcionamiento de la mujer y del hombre debido al envejecimiento, a la enfermedad crónica, al uso de la medicación, etc., para apoyar el papel importante y "normal" del juego amoroso previo en la actividad sexual adulta. Se pueden compartir con los pacientes datos normativos sobre las experiencias y prácticas sexuales, las preferencias y las aversiones, con el fin de ayudar a normalizar su experiencia y disminuir las preocupaciones que abrigan algunos individuos sobre su "normalidad".

Muchos pacientes están ávidos de aprender más y algunos piden la recomendación de lecturas. Existen muchos libros excelentes. Para los hombres, se puede considerar el libro de Zilbergeld (1993), *The new male sexuality: A guide to sexual fulfillment*; en el caso de las mujeres, puede ser útil el libro de Heiman y LoPiccolo (1988), *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program*

for women¹. Sin embargo, hay muchos libros buenos publicados (incluyendo manuales de sexualidad humana a nivel popular) y el terapeuta debería hacer una lista de los preferidos. Éste podría comprar varios ejemplares de los libros que considera más adecuados y prestarlos. Aconsejamos que el terapeuta lea los libros antes de recomendarlos a un/a paciente. Hay que estar también preparados para discutir su contenido durante las sesiones.

Desde los primeros años de la década de los ochenta, cuando las enfermedades víricas de transmisión sexual (ETS), incluyendo el herpes y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se hicieron más frecuentes, ha sido común que los pacientes requieran información sobre las ETS y sobre prácticas sexuales más seguras. Los pacientes sin información adecuada evitan a veces interacciones sexuales y oportunidades de relaciones íntimas, o realizan sin saberlo actividades de alto riesgo, dos asuntos que provocan preocupaciones. Así, la práctica ética de la terapia sexual requiere que los terapeutas estén bien informados sobre el VIH y otros ETS y que eduquen a los pacientes sobre cómo reducir los riesgos.

IV.3.2. Reestructuración cognitiva I: el planteamiento de objetivos realistas para la terapia

Los pacientes a menudo acuden a terapia con pensamientos mágicos sobre "curas" milagrosas o fantasías sobre placeres eróticos descritos en la ficción popular. Los sujetos que acuden a terapia sexual se han visto influidos por relatos engañosos de los medios de comunicación de masas sobre proezas sexuales y experiencias eróticas nuevas; muchos buscan remedios rápidos a problemas que existen desde hace mucho tiempo. Por el contrario, la mayoría de los terapeutas sexuales de orientación empírica no creen que el principal objetivo de la terapia sea aumentar las erecciones, controlar orgasmos simultáneos o múltiples, o descubrir puntos "g". El terapeuta no debe establecer (o reforzar) objetivos que aumenten la ansiedad de actuación (descrita más adelante). Por ejemplo, objetivos como "aumentar la firmeza de la erección", "conseguir un orgasmo" o "controlar la eyaculación" pueden realmente exacerbar el problema, especialmente si la ansiedad de actuación ya está inhibiendo la satisfacción sexual.

Los terapeutas tienen la difícil tarea de ayudar a los pacientes a reformular sus objetivos y, a menudo, a desarrollar otros nuevos. Por ejemplo, animo a mis pacientes a que produzcan o restablezcan el bienestar y la satisfacción sexual mutuos. Insistimos sobre la importancia de obtener una sensación de estar a gusto con la propia sexualidad, de tomarse más tiempo para la expresión sexual y hacer de ésta un elemento prioritario, y eliminar las presiones de la actuación que pueden bloquear la respuesta sexual y obstaculizar el disfrute. Nos esforzamos en ayudar a la pareja a entender tanto los factores psicológicos como los mecánicos y técnicos que contribuyen al disfrute y a la satisfacción sexuales. Estos objetivos terapéuticos tienen que desarrollarse conjuntamente con los pacientes, de tal

¹ Existe traducción al castellano: *Para alcanzar el orgasmo: Un programa de crecimiento sexual y personal para la mujer*, Barcelona, Grijalbo, 1989 [N. del T.].

modo que la pareja entienda que, con el fin de alcanzar objetivos avanzados (p. ej., el aumento del placer sexual), tiene que trabajar primero en objetivos preliminares (p. ej., la mejora de la comunicación). Además, es importante que la pareja entienda que alcanzar estos objetivos preliminares puede ser más lento que la "cura" que esperaban. Animamos a los pacientes a que conceptualicen estos objetivos preliminares como trampolines hacia objetivos más avanzados.

McCarthy (1993) indica que el establecimiento de expectativas realistas ayuda también a prevenir las recaídas posteriores a la terapia con éxito. Nos recuerda que el sexo tiene distintos propósitos para cada uno de nosotros, y que estos propósitos pueden diferir entre los miembros de la pareja en un momento determinado. Si la pareja espera que el sexo funcione perfectamente en todas las ocasiones (como sucede en las películas), la frustración es altamente probable. Por el contrario, se debe alentar a la pareja a que reconozca la variabilidad inherente a las experiencias sexuales y que comprenda que esta variabilidad no es normalmente una señal de fracaso o de incompatibilidad.

IV.3.3. La reestructuración cognitiva II: la disminución de las creencias desadaptativas

La disfunción sexual está asociada a menudo con sentimientos y pensamientos negativos *globales* hacia el sexo (en general), hacia uno mismo o hacia la pareja. En algunos pacientes, he encontrado también temores a desmayarse, a perder el control o a un aumento de la vulnerabilidad. Antes de emplear procedimientos para desarrollar habilidades sexuales específicas (p. ej., entrenamiento en masturbación, descrito más adelante), el terapeuta debería explorar primero en detalle si se encuentran presentes estas cogniciones negativas generales. Sería un error de estrategia plantear el entrenamiento en masturbación sin evaluar primero las creencias de la pareja sobre la naturaleza del problema y el grado de aceptación de la masturbación. Pueden resultar útiles los procedimientos de reestructuración cognitiva que se han empleado en el tratamiento de la ansiedad y de la depresión (véanse los capítulos correspondientes de este volumen).

Cogniciones desadaptativas acompañan a menudo a disfunciones específicas; es decir, una disfunción puede ser malinterpretada de tal manera que produzca problemas aún mayores. Por ejemplo, un paciente de 35 años estaba preocupado por la "eyaculación prematura" y buscó ayuda profesional para este trastorno. Su "problema" era que eyaculaba entre los 2 a 3 minutos después de la penetración vaginal y los movimientos correspondientes. Había aprendido durante su educación que esa "eyaculación prematura" era una señal de que era homosexual. Tanto la eyaculación rápida como la idea de ser homosexual le producían mucho temor, llevándole a una depresión clínica leve. Parte de la intervención incluyó ofrecerle información sobre la latencia del orgasmo en adultos y corregir las ideas erróneas adquiridas anteriormente sobre la eyaculación prematura y la orientación sexual. Existían otros aspectos, más complejos, de este paciente que requerían más atención, pero esas preocupaciones pudieron solucionarse proporcionando información normativa, con base científica.

De forma parecida, los hombres que sufren un trastorno de la erección pueden estar molestos consigo mismos y temer al ridículo que pudieran hacer ante su pareja. En hombres heterosexuales pueden surgir temores hacia la homosexualidad; es decir, los hombres heterosexuales interpretan a menudo que la dificultad para conseguir o mantener una erección es una señal de que son homosexuales. Independientemente de los factores desencadenantes, la mayoría de los casos de trastorno de la erección se mantiene debido a pensamientos interfirientes que pueden preceder a, y ocurrir durante, las relaciones sexuales. Estos pensamientos no son eróticos y disminuyen la excitación. En hombres sin disfunciones sexuales, los pensamientos que preceden a, y ocurren durante, las interacciones sexuales se centran normalmente en partes del propio cuerpo o del de la pareja, en conductas de seducción y en la anticipación de la excitación y el placer. Por el contrario, el hombre sexualmente disfuncional puede tener preocupaciones sobre la firmeza de su erección, imágenes del enfado o la frustración de su pareja y sentimientos de ansiedad y depresión.

El terapeuta debe abordar los pensamientos interfirientes cuando ocurran, ayudando al paciente a "reestructurar" los mismos; es decir, a centrarse en pensamientos que faciliten la sexualidad en vez de en pensamientos que la inhiban. Un modo de ayudar a los pacientes a cambiar el centro de atención de sus pensamientos es hacer que recuerden el contenido de éstos durante experiencias sexuales pasadas *satisfactorias*. Esto normalmente sensibiliza a los sujetos ante las clases de pensamientos positivos en los que deberían centrarse. Si tienen dificultades para recordar pensamientos sexuales positivos, el terapeuta debería sugerir pensamientos de ayuda "típicos". Una vez que los pacientes son capaces de identificar fácilmente el proceso del pensamiento sexual positivo, el tratamiento puede pasar a los ejercicios de adquisición de habilidades sexuales. Durante procedimientos como la focalización sensorial, el objetivo puede reformularse para centrarse en el pensamiento sexual positivo (en vez de alcanzar o mantener la erección). Aunque es posible que el paciente recaiga en el pensamiento negativo, el terapeuta le puede ayudar animándole a que vuelva a centrarse en pensamientos e imágenes eróticos. Gradualmente, con la práctica, los pensamientos e imágenes perturbadores deberían hacerse cada vez menos invasivos.

Cuando el otro miembro de la pareja está implicado en el tratamiento, es importante también considerar las cogniciones de éste sobre la disfunción. Por ejemplo, en el caso de un hombre con un trastorno de la erección, se puede esperar que la pareja tenga cogniciones negativas. La mujer puede temer no ser ya atractiva, que el hombre ya no la quiera, que esté teniendo una aventura, etc. Normalmente preguntamos a la pareja qué piensa que es la causa del problema de erección. Es muy importante ayudar a aclarar posibles malentendidos antes de pasar a una intervención conductual, como los ejercicios de focalización sensorial. Si no se abordan los malentendidos potenciales, es probable que surjan otra vez y destruyan el progreso del tratamiento.

Como se ha señalado anteriormente, existen *mitos culturales ampliamente extendidos* que pueden deteriorar el funcionamiento sexual saludable y disminuir la satisfacción sexual. Zilbergeld (1993) alega que aunque pensamos que estamos liberados y perfeccionados sexualmente, nuestra conducta muestra lo

contrario. Con respecto a la sexualidad masculina, identifica 12 mitos que muchos hombres (y mujeres) respaldan:

1. Somos personas liberadas que nos sentimos muy tranquilos con el sexo.
2. Un hombre de verdad no se detiene en cosas blandengues como los sentimientos y la comunicación.
3. Todo contacto físico es sexual o debería llevar al acto sexual.
4. Un hombre está interesado siempre en, y dispuesto constantemente para, el acto sexual.
5. Un hombre de verdad se comporta bien en el acto sexual.
6. El sexo se centra en un pene erecto y en lo que se hace con él.
7. El sexo es lo mismo que el coito.
8. Un hombre debería ser capaz de hacer temblar la tierra bajo los pies de su pareja.
9. Un buen acto sexual requiere del orgasmo.
10. Los hombres no tienen que escuchar a las mujeres durante el acto sexual.
11. Un buen acto sexual es espontáneo, sin planificarse y sin hablarlo.
12. Los hombres de verdad no tienen problemas sexuales.

Mitos como éstos, especialmente cuando se comparten por los dos miembros de una pareja, pueden deteriorar el funcionamiento y la satisfacción sexuales.

Existen otras creencias y mitos igual de dañinos para los pacientes. Por ejemplo, entre los pacientes mayores existe a veces la creencia de que el preámbulo amoroso es para los "jóvenes" o que el coito es la única forma verdadera de sexo. Esas creencias pueden ser contraproducentes para una pareja de mediana edad o de personas mayores. De igual manera, la creencia de que la erección tiene que aparecer antes de la actividad sexual con el fin de indicar interés sexual podría limitar las oportunidades sexuales de una persona. El efecto resultante de estas creencias es que un hombre que no consigue una erección antes del coito (y sin estimulación manual u oral) no podrá participar en el acto sexual.

Los aspectos cognitivos de la terapia sexual pueden implicar el cuestionamiento de algunos o de todos estos mitos, presentando a veces información nueva o bien ofreciendo puntos de vista alternativos. Se debería alentar siempre a los pacientes a hacer preguntas durante la terapia sobre cosas que "saben" que son verdad sobre el sexo. No obstante, esto no será siempre fácil. Por ejemplo, un paciente de mediana edad —que era muy ignorante sobre la sexualidad humana— se vanaglorió recientemente de saber todo sobre el sexo, porque había pasado 4 años en el servicio militar y durante su estancia en él había "visto de todo". Su arrogancia era en realidad una protección por la vergüenza de lo poco que sabía.

IV.3.4. El entrenamiento en habilidades conductuales I: la mejora del repertorio sexual del paciente

Los componentes cognitivos de la terapia pueden complementarse con componentes conductuales que han demostrado ser útiles. Se han desarrollado procedimientos para ayudar a los pacientes a ampliar un repertorio restringido y para superar experiencias anteriormente traumáticas. En este apartado nos centraremos en el primero.

El empleo de materiales audiovisuales eróticos. Muchos pacientes han tenido una exposición limitada a modelos sexuales positivos. A menudo, los medios de comunicación prestan atención únicamente a los acontecimientos sexuales negativos, incluyendo delitos sexuales sensacionalistas, la explotación sexual o casos varios de extremos sexuales. Cuando se describen experiencias sexuales más comunes, se centran a menudo en la juventud y en las primeras etapas del cortejo. De este modo, los individuos tienen pocas oportunidades para ampliar su repertorio a lo largo del desarrollo de su vida de forma tal que mantenga fresco y nuevo el aspecto sexual.

El erotismo (definido como la manifestación artística de relaciones sexuales consensuadas) puede emplearse a menudo para fomentar actitudes más tolerantes, para enseñar a los miembros de la pareja a poner erotismo en prácticas sexuales más seguras, para alentar a la experimentación sexual y para presentar a la pareja posiciones y conductas nuevas. El erotismo puede utilizarse también cuando el repertorio sexual de una pareja ha decaído o se ha vuelto rígido. En otro lugar he sugerido que el bajo deseo sexual en una pareja, que por lo demás es feliz, puede reflejar una especie de habituación sexual (Wincze y Carey, 1991); es decir, los cónyuges que tienen relaciones estables y duraderas, pero que siempre practican el acto sexual de la misma manera pueden llegar a aburrirse. En estos casos, se puede utilizar el erotismo (a menudo conjuntamente con otros cambios conductuales) para estimular el apetito sexual de la pareja. Si la utilización del erotismo se plantea como una experiencia sexual, se debe prestar atención al estado de ánimo, al lugar donde tiene lugar y a otros ingredientes importantes.

Los materiales eróticos se deberían usar únicamente después de una discusión completa entre el terapeuta y el paciente. Se tendría que abordar las objeciones ante la pornografía, especialmente la degradación, y consideración como objetos, de las mujeres, con el fin de que no hubiera barreras a aceptar y experimentar materiales eróticos no degradantes. Cuando el terapeuta está seguro de que el paciente puede utilizar estímulos eróticos sin objeciones negativas, entonces necesitaríamos detenernos en la naturaleza y los detalles de esos estímulos.

Debido a que los gustos difieren, los terapeutas deberían desarrollar su propia biblioteca de materiales que previamente han revisado, de modo que puedan hacer recomendaciones con conocimiento a los pacientes. Se puede animar a éstos a que echen una ojeada a las tiendas de alquiler de videos o solicitar catálogos realizados por vendedores de confianza que distribuyan materiales sexuales.

La necesidad de este tipo de materiales más seguros ha aumentado la aceptación social de dichos vendedores, lo que puede hacer que estas compañías a menudo marginales sobrevivan en un mercado competitivo.

El entrenamiento en masturbación. Otra forma inofensiva de mejorar el repertorio sexual del paciente incluye la masturbación, cada vez más utilizada en la terapia sexual. Las dos aplicaciones más frecuentes son las mujeres anorgásmicas y los hombres que sufren de eyaculación prematura. El libro *Para alcanzar el orgasmo*, de Heiman y LoPiccolo (1988), proporciona la explicación razonada del entrenamiento en masturbación para las mujeres. De modo específico, se alega que, para la mayoría de las mujeres, los orgasmos más fáciles de lograr, más intensos y más fiables tienen lugar durante la masturbación. A aquellas mujeres que no han experimentado todavía un orgasmo, la masturbación les proporciona un manera fiable de obtener esta forma de placer. Heiman y LoPiccolo describen un programa para ayudar a las mujeres a emplear la masturbación como un vehículo para la exploración y liberación de una misma. Con el paso del tiempo, las mujeres incluyen a sus parejas, a quienes se enseña a tocar y proporcionar placer a las primeras.

En el caso de los hombres que les preocupa la eyaculación prematura, puede utilizarse también la masturbación para aumentar el darse cuenta de la excitación y la estimulación para el orgasmo. La masturbación se emplea a menudo junto con el método del apretón (Masters y Johnson, 1970) o la técnica de parada-marcha (Semans, 1956); esta última se discute más adelante.

El entrenamiento en masturbación tiene que abordarse también de forma similar al empleo de materiales eróticos. Se deben explorar primero las cogniciones negativas y luego se debe prestar una atención detallada hacia la optimización de una experiencia sexual positiva. El terapeuta no tiene que suponer que el paciente sabe cómo masturbarse. Por ejemplo, tuve un paciente que nos informó de no tener éxito al intentar masturbarse. Cuando se le preguntó cómo se masturbaba contó que lo hacía con la mano abierta, de modo que la palma de ésta rozase la cara posterior del pene. Además, nos contó que ponía "miel" en el pene para que actuara como lubricante. Creía que había leído en algún lugar que la miel era un buen lubricante. Instrucciones específicas junto con ilustraciones ayudaron a este paciente a aprender cómo masturbarse satisfactoriamente.

El entrenamiento en masturbación ayuda a algunos pacientes a ser más sensibles a las condiciones necesarias para una experiencia sexual positiva. Para los pacientes que carecen del deseo y de la confianza o seguridad sexual, el entrenamiento en masturbación puede producir experiencias positivas que aumenten tanto el deseo como la seguridad.

IV.3.5. El entrenamiento en habilidades conductuales II: la superación de experiencias desadaptativas

Además de experiencias positivas restringidas, algunos pacientes han tenido experiencias sexuales negativas cuyo efecto residual es negativo. Se han desarrolla-

do varias estrategias conductuales para ayudar a estos pacientes a superar este aprendizaje negativo anterior.

La dilatación progresiva para el vaginismo y la dispareunia. La explicación psicológica más común sobre la etiología del vaginismo y la dispareunia se basa en un trauma sexual anterior y en mensajes sexuales negativos. La superación de estos problemas entraña a menudo la compleja tarea de revisar y procesar experiencias sexuales negativas y cogniciones asociadas. Por el contrario, los pacientes que no han sufrido un trauma sexual extremo sacan a menudo provecho del procedimiento de la desensibilización en vivo, lo que incluye la inserción gradual de un dedo o un dilatador en la abertura vaginal. Algunos clínicos aconsejan el empleo de un conjunto graduado de dilatadores para desensibilizar a una mujer ante la inserción vaginal. Los dilatadores se pueden obtener de una empresa de suministros médicos y vienen con grosores graduados. Se debería instruir a la mujer para que practicase en privado el empleo de los dilatadores, empezando con el más delgado. La profundidad de la penetración puede variarse y practicarse y sólo cuando una mujer está cómoda con la inserción de un dilatador durante un período de cinco minutos debería pasar al tamaño siguiente. Se puede recomendar un lubricante vaginal.

Un informe reciente de Honk Kong describe un caso en el que una mujer de 30 años no se benefició del tipo habitual de objetos dilatadores (Ng, 1992). Esta mujer había sido incapaz de consumar su matrimonio de 3 años y no sacó provecho de la terapia sexual anterior. Curiosamente, la terapia de desensibilización con una tira de bolas de plástico de tamaño graduado tuvo éxito y permitió que la mujer pudiera realizar el coito después de 12 semanas. Este ejemplo nos recuerda la necesidad de ser creativos y flexibles.

Sin embargo, probablemente sea más conveniente y sencillo para la mayoría de las mujeres practicar la inserción empleando sus propios dedos. De nuevo, se debería discutir ampliamente sobre la estrategia y repasarla con la paciente antes de plantearla realmente como una sugerencia. Puede ser útil abordar el tema diciendo «algunas mujeres que tienen problemas con la penetración han encontrado que con la práctica de la inserción, de modo muy gradual, pueden superar el problema. ¿Qué piensas sobre la técnica de practicar la inserción mientras estás sola en casa?». Una vez que la mujer ha aceptado intentarlo, el terapeuta debería explicar que ella (la paciente) tiene un control completo de los procedimientos. Se debería insistir en que la profundidad de la penetración y la duración de la misma puede ser controlada y modificada por la paciente. Sería conveniente realizarlo cuando está en el baño o relajada en la cama y debería empezar insertando su dedo meñique. Debido a que muchas mujeres plantearán objeciones importantes a tocarse los genitales o a masturbarse, este ejercicio tiene que resaltarse y distinguirse de la masturbación.

Conforme una mujer se encuentra más cómoda con la inserción, se puede incluir a su pareja en el procedimiento. De nuevo, se debería insistir en que la mujer tiene que tener un control completo del procedimiento y que puede detenerlo en cualquier momento. Además, el proceso de inserción debería abordarse de forma gradual, con una penetración parcial y posterior retirada. Este proceso

empieza habitualmente con la penetración por medio de los dedos; después de una serie de sesiones, la pareja pasa a la inserción del pene. El empleo de lubricantes vaginales puede ser una ayuda útil para los procedimientos de inserción.

La técnica del apretón para la eyaculación prematura. La técnica del apretón entraña instruir al hombre a que se masturbe hasta que la eyaculación sea irremediable si continúa. En este momento, debería hacer una pausa en la masturbación y presionar sobre la base del glande con los dedos, situando para ello el pulgar a la altura del frenillo del pene y los dedos índice y corazón en la cara opuesta del pene a ambos lados de la corona del glande. La presión debe ser firme y sostenida y durar unos 10 segundos. Si se repite este proceso varias veces antes de dejar que ocurra la eyaculación y se practica el procedimiento durante una serie de sesiones, el hombre aprenderá a controlar su eyaculación.

Aunque la técnica del apretón puede ser un procedimiento eficaz para superar la eyaculación prematura, los terapeutas deberían tener cuidado de no plantear esta "solución" si hay otros problemas en la relación. Las quejas de eyaculación prematura son a veces "cortinas de humo" para los problemas de relación. Por consiguiente, en muchos casos de eyaculación prematura, es útil dirigir nuestra discusión inicial a la pregunta: «¿Por qué tenéis relaciones sexuales?». Después de pensar un poco, los pacientes sugieren una serie de razones. La respuesta más frecuente puede ser «Para obtener placer o porque uno se siente bien». Señalamos que las parejas tienen relaciones sexuales por una serie de razones, incluyendo el placer, la expresión de amor y afecto, para arreglarlo después de una discusión, para tener niños, para sentirse mejor, para agradar a la pareja, etc. Además, las razones cambiarán dependiendo de la situación. El objetivo de esta discusión general es convencer a nuestros pacientes de que obtener placer, o dar placer, y todas las demás razones por las que tenemos relaciones sexuales, *no* dependen del intervalo de tiempo entre la introducción y el orgasmo. Además, la cantidad de tiempo que "tarda" un hombre en eyacular debería considerarse como una parte únicamente del intercambio sexual total. Realmente, el objetivo de esta discusión es animar a la pareja a centrarse en el placer general, en vez de en el orgasmo. Les animamos a que continúen realizando el coito incluso después de la eyaculación. Esto elimina la presión del momento en que debe tener lugar la eyaculación y coloca adecuadamente el énfasis en la relación sexual total. Generalmente, este enfoque hace que la pareja informe de una relación más satisfactoria. Curiosamente, aunque no nos centramos en la duración del tiempo entre la introducción y la eyaculación, normalmente aumenta dicho intervalo.

Una segunda pregunta que hago a los pacientes y a sus parejas es: «¿Qué crees que causa el problema?». En algunos casos de eyaculación prematura, el miembro femenino de la pareja podría expresar cólera porque no se satisfacen sus necesidades sexuales. De igual manera, puede que algunas mujeres crean que sus parejas masculinas son capaces de controlar la eyaculación más de lo que realmente lo hacen; podrían interpretar que la prisa de sus compañeros es la forma masculina de ser descuidados o desconsiderados. Aunque existen amantes insensibles, es raro que un paciente pueda controlar su eyaculación con el fin de

herir los sentimientos de su pareja. Por el contrario, la mayoría de los hombres que buscan tratamiento para la eyaculación prematura quieren desesperadamente agradar a sus parejas. Suelen estar molestos y confusos por su problema.

IV.3.6. Focalización sensorial: la disminución de la ansiedad ante la actuación

Una vez que ha surgido la disfunción sexual, es frecuente que los hombres y las mujeres se preocupen del problema durante la actividad sexual. La preocupación lleva a cogniciones de automenosprecio y distrae la atención de las cogniciones agradables y excitantes, creando un círculo vicioso de disfunción: preocupación, pensamientos de menosprecio hacia uno mismo, aumento de la disfunción, etcétera.

Para abordar este círculo vicioso, Masters y Johnson (1970) desarrollaron la "focalización sensorial", un conjunto de procedimientos diseñados para ayudar a la pareja a desarrollar un mayor darse cuenta de, y *focalizarse* en, las *sensaciones* en vez de hacerlo sobre la actuación. Un objetivo de este enfoque es reducir la ansiedad del paciente centrándose en algo que es alcanzable de forma inmediata (p. ej., el tacto agradable), en vez de intentar conseguir un objetivo. El tratar de lograr una erección más duradera o un orgasmo simultáneo, objetivos que puede fallar, aumenta el riesgo de "fracaso" y malestar.

En su planteamiento óptimo, la focalización sensorial es estructurada pero flexible. La focalización sensorial se estructura en el aspecto de que se da a los pacientes instrucciones explícitas sobre la intimidad; si se siguen estas instrucciones, el paciente/la pareja adquirirán de forma gradual más confianza en ellos mismos y en su relación. La focalización sensorial es flexible en el aspecto de que puede adaptarse a las circunstancias singulares de cualquier pareja. En general, la focalización sensorial está diseñada para producir el cambio de forma gradual. Se reconoce que el cambio llevará tiempo y que no hay que apresurarse. Como ejemplo nos encontramos que a menudo se aconseja a los pacientes que dejen de realizar el coito desde el inicio de la terapia, de modo que puedan reaprender los "fundamentos" de ser afectivo, recibir placer, etc. El enfoque gradual podría ser frustrante para algunos pacientes por su aparente lentitud, de modo que hay que tener un cuidado especial en explicar la importancia de este enfoque a los sujetos.

Es necesario que los ejercicios de focalización sensorial a realizar en casa se lleven a cabo en un ambiente no amenazante, de compartir. El terapeuta debería alentar a la pareja a que "practicase" en un lugar privado, física y psicológicamente cómodo. Las circunstancias difíciles no conducen a relaciones sexuales relajadas ni a centrarse en disfrutarlas. Es necesario decir, a veces, a las parejas que minimicen las circunstancias que puedan interferir. Incluso sugerencias simples como contratar una canguro, limpiar el dormitorio o poner música de relajación pueden ser útiles. Muchas parejas, una vez instaladas cómodamente en la relación, no prestan atención al cortejo o a los rituales románticos. A veces es necesario recordarles los esfuerzos que hicieron durante el noviazgo para "pre-

parar el estado de ánimo". Animamos a menudo a los pacientes a que programen un tiempo para la actividad sexual y que lo planifiquen con el mismo esfuerzo que ponen en otros acontecimientos especiales de sus vidas. Les recordamos que la anticipación alimenta el deseo.

Como se ha indicado anteriormente, los *procedimientos* de la focalización sensorial entrañan alentar la intimidad por medio de "sexoejercicios" graduales, no amenazantes. El procedimiento general de funcionamiento incluye tareas para casa, que fomentan que la pareja realice ejercicios relacionados con la sexualidad, y sesiones de terapia sobre una base fija, que se emplean para hablar de los ejercicios, de las emociones desencadenadas por estos ejercicios, de los problemas, etcétera.

Las tareas para casa conllevan instrucciones explícitas que el terapeuta ha proporcionado al paciente; estas instrucciones requieren la práctica de algunos ejercicios fuera de las sesiones de terapia. Tanto el terapeuta como el paciente entienden que el trabajo para casa se revisará y se modificará (según sea necesario) en cada sesión. Los ejercicios para casa pueden descomponerse en cuatro "pasos"; estos pasos se suelen realizar de manera secuencial, pero no existen absolutos en este aspecto. Depende del juicio clínico el que se incluya cada paso y la cantidad de tiempo que se ha de dedicar a cada uno de ellos.

El primer paso de la focalización sensorial incluye el *tacto no genital* (es decir, dar y obtener placer), con ambos miembros de la pareja vestidos con ropas cómodas. Las variaciones de la cantidad de ropa que se lleva, la duración de las sesiones, quién inicia la actividad, los tipos de conductas que se incluyen, y la frecuencia de las sesiones se deberían discutir en la terapia antes de que una pareja empiece a practicar en casa. Los cónyuges deberían empezar su implicación física a un nivel que sea aceptable para los dos participantes.

Debido a que muchas parejas encontrarán que este método es indirecto y un poco lento, el terapeuta tiene que insistir desde el principio en que: *a)* seguirán un proceso necesario con el fin de abordar su objetivo a largo plazo, pero que *b)* el objetivo a corto plazo consiste en focalizarse (centrarse) en las sensaciones y no en la actuación. Se debe hablar con la pareja de la mecánica del enfoque, incluyendo los aspectos estructurados *versus* los no estructurados, la frecuencia, los factores que pueden interferir potencialmente, y la anticipación de cualquier problema.

Incluso si el terapeuta ofrece una explicación clara de los aspectos de falta de actuación de la focalización sensorial, es posible que algunos sujetos no lo entiendan. De modo que les digo a los pacientes: «La próxima vez que vengas a la sesión de terapia, no te preguntaré por erecciones u orgasmos; te preguntaré sobre la capacidad para concentrarte en recibir y dar placer y sobre tu capacidad para disfrutar de lo que estabas haciendo». Repetimos este mensaje porque la mayoría de las parejas se orientan hacia la actuación (es decir, se centran en la erección y en el orgasmo) y, salvo que el terapeuta cuestione esta idea, seguirán manteniendo los criterios de actuación durante los ejercicios de la focalización sensorial.

En este punto, el terapeuta podría hablar también con el paciente o con la pareja sobre los conceptos de la ansiedad ante la actuación, sobre el pensamiento

"todo o nada" (p. ej., la actividad sexual es sinónimo de coito) y de otros factores que interfieren con la relación sexual agradable. La focalización sensorial no puede comenzar hasta que la pareja entienda estas ideas, reconozca su importancia y valore la necesidad de un nuevo enfoque de los pensamientos y de la conducta.

El segundo paso se refiere habitualmente al *placer genital*. Durante esta fase de la terapia, se anima a la pareja a que extienda el tacto delicado a los pechos y a las zonas genitales. Se recomienda a los miembros de la pareja que acaricien al otro, por turnos, proporcionando placer. Lo mismo que antes, se debe desaconsejar a la pareja que se centre en objetivos relacionados con la actuación (es decir, la erección, el orgasmo, etc.). Conforme se va avanzando en la focalización sensorial, el terapeuta debería repasar los factores que faciliten o inhiban los objetivos. El hablar de estos factores sin juicios de valor ayuda a que los cónyuges puedan conseguir un mayor control de su propio progreso y se sientan menos como si fueran alumnos en una clase.

Una vez que una pareja se siente cómoda con el tacto genital y está preparada para reanudar el coito, es necesario a menudo insistir en que el coito se puede descomponer en varias conductas. Así, se podría alentar a algunas parejas a que realizaran la «*introducción sin movimientos impulsivos*». Es decir, el miembro receptor (la mujer en las parejas heterosexuales) permite la penetración y controla todos los aspectos de este ejercicio. Por ejemplo, pueden variarse la profundidad de la penetración y la cantidad de tiempo que se mantiene. De nuevo, se fomenta la flexibilidad y la variación con el fin de eliminar la presión asociada con la tendencia de la pareja a pensar en términos de "todo o nada".

Un problema frecuente en esta fase de la focalización sensorial es que los terapeutas se adhieren rigidamente a la prohibición del coito (Lipsius, 1987). Si se emplea de forma mecánica, la prohibición del coito puede conducir a la pérdida de sentimientos eróticos, a la desaparición de la espontaneidad, a frustraciones innecesarias y al aumento de la resistencia. Nuestro enfoque trata de informar a la pareja sobre los beneficios e inconvenientes potenciales de la prohibición y les indicamos que está siguiendo un proceso que trabaja para el futuro.

Desde nuestro punto de vista, un enfoque de prohibición puede ayudar a la pareja a reanudar el contacto físico bajo determinadas circunstancias. Tres de las que me vienen a la cabeza son los casos en que: *a)* la pareja esté muy estresada por la "actuación sexual", *b)* se den muchos pensamientos orientados hacia la actuación que interfieren con ésta, y/o *c)* la pareja ha evitado todo contacto físico. Por otra parte, las parejas que no han abordado las relaciones sexuales de forma tan rígida o con esas reacciones emocionales tan intensas, pueden sacar provecho si tienen un conocimiento general de la focalización sensorial, pero con una actitud más relajada hacia la prohibición.

El último paso de la focalización sensorial incluye los movimientos impulsivos y el *coito*. Aquí, de nuevo, es habitualmente una buena idea animar al miembro receptor de la pareja a que inicie los movimientos y que éstos sean lentos y graduales. Como siempre, se favorece que los cónyuges se centren en las sensaciones asociadas con el coito y no se preocupen por el orgasmo. La pareja podría intentar diferentes posiciones y no sólo adoptar la(s) misma(s) que ha empleado antes de la terapia.

Éstos son los procedimientos que constituyen normalmente lo que se conoce como focalización sensorial. Otros autores han elaborado más las bases expuestas aquí (p. ej., Masters y Johnson, 1970; Wincze y Carey, 1991); quizás el terapeuta quiera consultar estas referencias después de haber utilizado cómodamente las directrices que se acaban de exponer. Sin embargo, en este punto quiero señalar algunos de los problemas potenciales con los que posiblemente se encuentre el terapeuta.

La focalización sensorial puede aplicarse erróneamente y ser malinterpretada tanto por el terapeuta como por el paciente. No es raro que las parejas que acuden a terapia cuenten que ya han intentado "abstenerse de la relación sexual" y que no ha funcionado. Por ejemplo, una pareja que acaba de acudir a terapia explicó que había participado en terapia sexual con anterioridad y que había intentado la focalización sensorial. Desde su perspectiva, el enfoque utilizado fue "no tener relaciones sexuales". La pareja no había entendido el propósito del procedimiento y, como consecuencia, abandonó la terapia insatisfecha.

McCarthy (1985) indicó una serie de errores frecuentes por parte del terapeuta en el empleo de la focalización sensorial. Un error que frecuentemente comete éste es no implicar a la pareja en el proceso de toma de decisiones, lo que conlleva a menudo falta de adherencia. Un segundo error frecuente se refiere a que un terapeuta exija una cierta actuación en el paciente como parte del procedimiento —«el siguiente paso en el procedimiento consiste en estimular a tu pareja en el área genital hasta que alcance el orgasmo». Esta clase de afirmación puede aumentar la ansiedad de actuación, especialmente en una persona vulnerable a esa respuesta. Sería preferible decir «lo has hecho bien concentrándote en tus sensaciones y sentimientos cuando tu pareja y tú os estimuláis mutuamente. Hasta ahora has incluido las caricias genitales. ¿Cuál crees que debería ser el paso siguiente?». Este enfoque permite una variedad de respuestas sin una anticipación del fracaso o sin presión sexual. Un error más que cometen algunos terapeutas implica la terminación prematura del procedimiento de la focalización sensorial cuando una pareja no cumple con él o encuentra dificultades. La terminación prematura sólo sirve para reforzar la evitación. Debería hablarse de las dificultades amplio y tendido, y se debería identificar y eliminar las barreras al progreso.

Otra dificultad puede ocurrir cuando la terapia se traslada al campo de los "procedimientos de las tareas para casa". En este momento, podría tener lugar un conflicto entre ser natural y no estructurado y ser mecánico y estructurado. La mayoría de las parejas y de los individuos expresan una preferencia a abordar las tareas para casa de una manera "natural, no estructurada". En este último enfoque, el terapeuta describe los procedimientos implicados y los principios que subyacen a éstos, pero deja que la pareja programe otros detalles, como la frecuencia. Aunque ésta puede ser, intuitivamente, la estrategia preferida, el terapeuta se encontrará que a veces las parejas vuelvan a terapia ¡sin haber llevado a cabo la tarea asignada! La razón de ello es que demasiado a menudo existe una potente historia de evitación; de este modo, el individuo o la pareja no puede empezar sin provocar unos niveles de ansiedad demasiado altos.

Para evitar estos resultados, el terapeuta puede explicar las ventajas y los inconvenientes de las estrategias estructuradas en comparación con las no estruc-

turadas antes de presentar los ejercicios para casa. Entonces, el paciente escogerá una estrategia y, al hacerlo, se dará cuenta de lo que ha de esperar si no realiza las tareas para casa. En ocasiones, el paciente puede "intentar" una estrategia determinada y, después de fracasar, adoptar un enfoque diferente. Además de explorar el tema de la práctica estructurada en comparación con la no estructurada, el terapeuta debería averiguar otros obstáculos potenciales para llevar a cabo los procedimientos de terapia, como pueden ser, por ejemplo, los familiares que viven en la misma casa, los horarios de trabajo, las preocupaciones médicas y los planes de viaje. Una vez que se han identificado estos obstáculos potenciales y se han planteado soluciones, entonces se empieza a explicar las tareas para casa y sus detalles.

Es posible obtener muchos beneficios del procedimiento de la focalización sensorial. Se aprenden nuevas conductas junto con nuevos procedimientos para las interacciones sexuales. Hemos tratado parejas que tenían un enfoque muy limitado de la relación sexual. Por ejemplo, no es raro que una pareja informe que no realizan ninguna conducta de tocarse. Pueden besarse una vez, y luego ¡realizar el coito! Hemos encontrado incluso parejas que consideran los juegos sexuales previos como «algo que hacen los chicos». Para una pareja de este tipo, la focalización sensorial presenta una oportunidad estructurada que cuestiona los hábitos establecidos que limitan el placer y causan problemas sexuales.

La focalización sensorial puede servir también como instrumento de diagnóstico. Los problemas que surgen al llevarla a cabo a menudo arrojan información importante sobre otros problemas que tiene la pareja. Estos otros problemas no pueden abordarse frecuentemente por medio de la focalización sensorial. Esta estrategia ayuda también a cambiar la percepción de una persona sobre su pareja. Un problema frecuente con el que me encuentro es el caso de los hombres que abordan la intimidad sexual con el único objetivo de realizar el coito. En una pareja heterosexual, la parte femenina puede empezar a verse a sí misma como un objeto del placer de su pareja y no como una compañera a quien se quiere. El procedimiento de la focalización sensorial puede ayudar a la pareja a que se centre en el otro miembro con afecto mutuo, en vez de considerarse como objetos que producen excitación.

IV.3.7. El entrenamiento en comunicación: hablar de los problemas comunes

En ocasiones, las parejas no están de acuerdo, se pelean, son desconsiderados con el otro, y se preocupan por el trabajo, el cuidado de los hijos, o por aspectos económicos durante la relación sexual; en otras palabras, son humanos. Se deben esperar problemas normales que acompañan a todos los aspectos de una vida que se comparte. Sin embargo, cuando esos problemas ocurren durante la relación sexual, existe una mayor probabilidad de que no se hable de ellos. Los roles tradicionales asignados al sexo u otras limitaciones culturales pueden impedir una discusión saludable de los problemas sexuales. Para superar esos problemas, una pareja necesita aprender a hablar en esos momentos diarios de desa-

cuerdo. De este modo, el entrenamiento en comunicación tiene un papel esencial en la terapia sexual.

El entrenamiento en comunicación debería impregnar todos los aspectos de la terapia. Es decir, no es realmente un componente separado. Por medio de la evaluación y la terapia, el clínico debería servir como un modelo de buena comunicación. Esto se consigue por medio de la escucha activa, de la manifestación de empatía, de pedir a los pacientes que se expresen claramente, y de otras habilidades sociales. Además, el terapeuta debería buscar continuamente mejorar las habilidades de comunicación, indicándoselo a la pareja cuando tenga lugar dicha mejora. Es útil informar a los cónyuges que, por medio de la terapia, las habilidades de comunicación son importantes y se abordarán de forma habitual. Si se señala esto al principio, un individuo no se sentirá molesto cuando se plantee un tema de comunicación.

En algunas parejas, existen problemas de comunicación fuera del dormitorio que implican a todas las experiencias que se comparten. En estos casos, pudiera darse una necesidad imperiosa de entrenamiento especializado. Para una discusión más en profundidad, se remite al lector al capítulo sobre problemas maritales en el segundo volumen de este manual.

IV.3.8. Guiones sexuales: reconocer y negociar las preferencias sexuales

Un *guión sexual* se refiere al conjunto organizado de preferencias relativas a distintas circunstancias (cuándo, dónde, por qué, con quién) que rodean a la actividad sexual. Se han identificado dos tipos de guiones sexuales (Rosen, Leiblum y Spector, 1994): a) el guión manifiesto o de actuación, que describe las prácticas conductuales de la pareja, y b) el guión ideal o de fantasías, que cada miembro de la pareja tiene por separado.

Rosen, Leiblum y sus colaboradores han descrito varias formas en las que los guiones pueden influir sobre la adaptación y la satisfacción sexuales (Gagnon, Rosen y Leiblum, 1982; Leiblum y Rosen, 1991; Rosen y Leiblum, 1988; Rosen *et al.*, 1994). Por ejemplo, estos autores han planteado que la disfunción sexual puede surgir de una «falta de congruencia de los parámetros de los guiones (sexuales) entre los miembros de la pareja» (Rosen y Leiblum, 1988, p. 168). Un ejemplo frecuente lo encontramos en los cónyuges con distintos niveles de deseo. Inicialmente, esta diferencia puede estar enmascarada porque un miembro de la pareja (normalmente el que tiene menos deseo) se acomoda al otro. Sin embargo, con el paso del tiempo se desarrolla cierto resentimiento y aflora el problema. En estas parejas, es frecuente que el cónyuge con menos deseo sea etiquetado como el «paciente». No obstante, conforme se va conociendo la situación, lo que se da simplemente es una discrepancia entre un miembro de la pareja con un bajo deseo sexual y otro con un alto deseo. En dichas parejas, el terapeuta puede esperar que haya pocas habilidades de comunicación y de solución de problemas; se requerirá que se preste atención a esas habilidades antes de que la pareja puede empezar a negociar un patrón sexual que sea mutuamente satisfactorio y aceptable.

No se espera que las preferencias sexuales individuales converjan de forma perfecta, de la misma forma que no esperamos que las preferencias en las vacaciones, en la comida o en la decoración de interiores sea perfectamente compatible. Sin embargo, parece que las parejas tienen menos problemas en estas áreas para expresar sus preferencias y negociar un compromiso que sea aceptable para los dos miembros de la pareja. En el caso de las preferencias sexuales, es posible que los individuos no hayan reflexionado sobre sus necesidades, o quizás se sientan culpables con respecto a esas necesidades o preferencias eróticas. Puede ser útil animar a cada miembro de la pareja a que genere una lista de «deseos» sobre actividades íntimas y que las discuta luego con su pareja. Por ejemplo, en un caso, la mujer expresó un fuerte deseo de que le acariciaran sensualmente la espalda durante la relación sexual. Su pareja estaba dispuesta a hacerlo gustosamente, pero nunca se había dado cuenta de esta preferencia de su compañera. En el caso de otra pareja, el hombre encontraba irritante la estimulación oral, reduciendo además su excitación; sin embargo, era reacio a manifestar su preferencia porque pensaba que «debía» disfrutar del sexo oral.

A menudo resulta muy útil en la terapia alentar a las parejas a que reconozcan sus preferencias y las comuniquen de forma eficaz. Cuando existen puntos de desacuerdo como, por ejemplo, la frecuencia de la actividad sexual, pueden negociarse en una discusión franca y abierta.

Un segundo tipo de problemas que implica a los guiones sexuales tiene lugar cuando el guión de actuación compartido es disfuncional. Rosen *et al.* (1994) animan a los terapeutas a que evalúen cuidadosamente los guiones ideales y de actuación de la pareja, a que analicen luego el guión de actuación con respecto a su complejidad, rigidez y convencionalidad, y que observen la satisfacción resultante de la pareja. Esos autores han encontrado que cuando los guiones de actuación son restrictivos, repetitivos e inflexibles, la satisfacción es baja en ambos miembros de la pareja. Sugieren entonces la introducción de técnicas de estimulación nuevas o más eficaces. Estas técnicas de estimulación pueden incluir el empleo de materiales audiovisuales o la discusión de las fantasías y del guión ideal. Rosen *et al.* (1994) alientan a las parejas a construir y luego intercambiar una lista de fantasías sexuales. Este intercambio se haría a través del terapeuta, que podría prescribir modificaciones del guión en las tareas para casa, de forma similar a los ejercicios de focalización sensorial. El experimentarlas cuidadosamente y la discusión posterior pueden producir guiones revisados que ofrezcan más estimulación y conducir a una mayor satisfacción mutua. Este proceso es útil como modelo para revisiones futuras, bajo la forma de un estilo de «prevención de las recaídas».

IV.3.9. Prevención de las recaídas: preparando el futuro

Los beneficios iniciales obtenidos en la terapia pueden atrofiarse con el paso del tiempo conforme otras demandas tienen prioridad o los miembros de la pareja cambian debido a circunstancias de la vida. Esto se espera también y no es raro. Así, es aconsejable anticiparse a esas «recaídas» y desarrollar señales de aviso y

estrategias de prevención de las mismas. El objetivo último de las estrategias de prevención de las recaídas es optimizar la probabilidad de que las mejoras terapéuticas se mantengan durante un largo período de tiempo y que se minimicen los efectos perturbadores de los nuevos estímulos estresantes cuando ocurran.

McCarthy (1993) ha propuesto un enfoque cognitivo-conductual para la aplicación de estrategias de prevención de las recaídas al tratamiento de las disfunciones sexuales. Proporcionar varias directrices específicas para prevenir las recaídas y fomentar la generalización de los beneficios del tratamiento:

1. Animar a los pacientes a que se replanteen el tiempo que habían reservado a la sesión de terapia (es decir, el tiempo que se ha empleado durante la terapia para reunirse con el terapeuta) como tiempo para disfrutar como pareja después de la terminación de la intervención. Esto es una inversión en la relación y un recordatorio de que los miembros de la pareja están comprometidos con el éxito de su relación a largo plazo. Se podría alentar también a los cónyuges para que establecieran momentos de intimidad y fines de semana sin hijos. Esos momentos eliminan la presión en uno de los miembros de la pareja, que puede sentirse presionado a iniciar o establecer siempre esos "momentos".
2. Establecer sesiones de seguimiento a los seis meses durante al menos un año y preferiblemente dos años después de la terminación. Esto comunica el compromiso continuo del terapeuta con la pareja, anima a ésta a mantener y mejorar los beneficios terapéuticos y proporciona un recordatorio tangible para futuras sesiones.
3. Programar la sesión de focalización sensorial al menos una vez al mes. Este compromiso de placer no exigente sin la presión de realizar el coito ayuda a prevenir que la pareja vuelva a caer en un comportamiento orientado hacia la actuación.
4. Enseñar a los pacientes que, cuando ocurre un problema, tiene lugar una pausa en el aprendizaje, no un declive inevitable hacia la recaída. Incluso en las parejas más adaptadas con una relación sexual magnífica, no es raro tener contratiempos sexuales. Sin embargo, estas divergencias normales podrían interpretarse erróneamente por parejas vulnerables debido a una historia de disfunciones. Es aconsejable anticiparse a esto y preparar también a las parejas. A éstas se les puede enseñar técnicas de afrontamiento para las comunicaciones erróneas inevitables o para las relaciones sexuales que resultan frustrantes y mediocres.
5. Se da consejos a los cónyuges sobre cómo establecer formas íntimas y eróticas para conectar y reconectar. Muchas parejas se apoyan en roles sexuales restrictivos y obsoletos, que requieren que el hombre empiece las relaciones sexuales y que las mujeres inicien la expresión emocional. Hay que alentar a las parejas a que abandonen este rol limitante y ayudar a cada miembro a defender sus necesidades de intimidad sexual y emocional.

McCarthy alega que el empleo de éstas y otras estrategias ayudará a la pareja a desarrollar un estilo sexual que sea resistente y mutuamente satisfactorio. Es más probable que las parejas que reciban esa terapia se vacunen contra la disfunción sexual en el futuro.

V. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

La comprensión del tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales ha progresado considerablemente desde el trabajo pionero de Albert Ellis. Apoyándome en esos avances en este capítulo, he presentado información sobre la prevalencia y la etiología de los problemas sexuales y he proporcionado una guía para su tratamiento por medio de procedimientos cognitivo-conductuales. Sin embargo, el progreso realizado no debería decepcionarnos al considerar que todavía se necesita saber mucho más sobre el tratamiento cognitivo-conductual de las disfunciones sexuales.

Muchas áreas requieren más investigación, pero queremos llamar la atención sobre cuatro de ellas. En primer lugar, necesitamos saber más sobre las disfunciones sexuales que ocurren en las mujeres. Relativamente pocas investigaciones han explorado la etiología del deterioro sexual en la mujer. Se necesita investigar más sobre el tratamiento de las disfunciones en las mujeres. En segundo lugar, necesitamos saber más sobre la comorbilidad, es decir, la frecuencia en que las disfunciones sexuales ocurren en el contexto de otro trastorno del Eje I o del Eje II, y qué consideraciones especiales se requieren en esos casos. Aunque a menudo nos referimos al tratamiento de las disfunciones sexuales como "terapia sexual", esta etiqueta puede desvirtuar la complejidad de los problemas de muchos sujetos. Es decir, la "terapia sexual" puede ser un descriptor adecuado para los pacientes cuyos problemas son relativamente concretos y no complicados por trastornos intrapsíquicos o conflictos de pareja que van más allá del terreno sexual. Sin embargo, muchos pacientes presentan, en los años noventa, una variedad de problemas complejos que requieren estrategias terapéuticas que se encuentran fuera del terreno de la terapia sexual tradicional. Los terapeutas sexuales han ido reconociendo desde hace una década que la excelente tasa de éxitos de la terapia sexual en los años setenta y comienzo de los ochenta se ha sustituido por resultados más cercanos a la práctica general de la psicoterapia (Hawton, 1992). En tercer lugar, necesitamos explorar la eficacia de la combinación de tratamientos psicológicos y médicos. Es probable que los tratamientos unidimensionales que se centran en sólo una parte de la persona sean menos eficaces que las intervenciones multimodales. En cuarto lugar, seguimos necesitando investigaciones de alta calidad sobre los resultados de los tratamientos, que documenten las virtudes y los puntos débiles de la terapia sexual cognitivo-conductual. El apoyo continuo a la investigación clínica aumentará el valor y la eficacia de la terapia sexual cognitivo-conductual y afianzará la continuación de esta especialidad en el siglo XXI.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (*DSM-IV*). Washington, D. C.: APA.
- Ard, B. N. (1977). Sex in lasting marriages: A longitudinal study. *Journal of Sex Research*, 13, 274-285.
- Bachman, G. A., Leiblum, S. R. y Grill, J. (1989). Brief sexual inquiry in gynecological practice. *Obstetrics and Gynecology*, 73, 425-427.
- Barlow, D. H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Barnes, J. (1986). Primary vaginismus (parte 2): Aetiological factors. *Irish Medical Journal*, 79, 62-65.
- Bond, J. B. y Tramer, R. R. (1983). Older adult perceptions of attitudes toward sex among the elderly. *Canadian Journal on Aging*, 2, 63-70.
- Carey, M. P., Flasher, L. V., Maisto, S. A. y Turkat, I. D. (1984). The a priori approach to psychological assessment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 15, 515-527.
- Carey, M. P., Lantinga, L. J. y Krauss, D. J. (1994). Male erectile disorder. En R. T. Ammerman y M. Hersen (dirs.), *Handbook of prescriptive treatments for adults*. Nueva York: Plenum.
- Chapman, J. D. (1989). A longitudinal study of sexuality and gynecological health in abused women. *Journal of the American Osteopathic Association*, 89, 619-624.
- Derogatis, L. R., Fagan, P. J., Schmidt, C. W., Wise, T. N. y Gilden, K. S. (1986). Psychological subtypes of anorgasmia: A marker variable approach. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 12, 197-210.
- Derogatis, L. R. y Meyer, J. L. (1979). A psychological profile of the sexual dysfunctions. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 201-223.
- Donahay, K. M. y Carroll, R. A. (1993). Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 25-40.
- Ellis, A. (1951). *The folklore of sex*. Nueva York: Charles Boni (edición revisada, 1961).
- Ellis, A. (1954). *The American sexual tragedy*. Nueva York: Twayne (edición revisada, 1961; Nueva York: Lyle Stuart and Grove).
- Ellis, A. (1958). *Sex without guilt*. Nueva York: Lyle Stuart.
- Ellis, A. (1992). My early experiences in developing the practice of psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 7-10.
- Feldman, H. A., Goldstein, I., Hatzichristou, G. G., Krane, R. J. y McKinlay, J. B. (1994). Impotence and its medical and psychosocial correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study. *Journal of Urology*, 151, 54-61.
- Frank, E., Anderson, C. y Kupfer, D. J. (1976). Profiles of couples seeking sex therapy and marital therapy. *American Journal of Psychiatry*, 133, 559-562.
- Frank, E., Anderson, C. y Rubinstein, D. (1978). Frequency of sexual dysfunction in «normal» couples. *New England Journal of Medicine*, 299, 111-115.
- Gagnon, J. H., Rosen, R. C. y Leiblum, S. R. (1982). Cognitive and social aspects of sexual dysfunction: Sexual scripts in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 8, 44-56.
- Glatt, A. E., Zinner, S. H. y McCormack, W. M. (1990). The prevalence of dyspareunia. *Obstetrics and Gynecology*, 75, 433-436.
- Hawton, K. (1982). The behavioural treatment of sexual dysfunction. *British Journal of Psychiatry*, 140, 94-101.
- Hawton, K. (1992). Sex therapy research: has it withered on the vine. *Annual Review of Sex Research*, 3, 49-72.
- Heiman, J. R. y LoPiccolo, J. (1988). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women* (edición revisada y ampliada). Nueva York: Prentice-Hall.
- Hunt, M. (1974). *Sexual behavior in the 1970's*. Chicago: Playboy.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Katz, R. C., Frazer, N. y Wilson, L. (1993). Sexual fears are increasing. *Psychological Reports*, 73, 476-478.
- Katz, R. C., Gipson, M. y Turner, S. (1992). Brief report: Recent findings on the Sexual aversion scale. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 18, 141-146.
- Kilmann, P. R., Mills, K. H., Caid, C., Bella, B., Davidson, E. y Wanlass, R. (1984). The sexual interaction of women with secondary orgasmic dysfunction and their partners. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 41-49.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B. y Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Filadelfia: Saunders.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. y Gebhard, P. H. (1953). *Sexual behavior in the human female*. Filadelfia: Saunders.
- Lamont, J. A. (1978). Vaginismus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 131, 632-636.
- Leiblum, S. R. y Rosen, R. C. (dirs.) (1988). *Sexual desire disorders*. Nueva York: Guilford.
- Leiblum, S. R. y Rosen, R. C. (1991). Couples therapy for erectile disorders: Conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 147-159.
- Levine, S. B. y Yost, M. A. (1976). Frequency of sexual dysfunction in a general gynecological clinic: An epidemiological approach. *Archives of Sexual Behavior*, 5, 229-238.
- Lipsius, S. H. (1987). Prescribing sensate focus therapy without proscribing intercourse. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 185-191.
- LoPiccolo, J. y Friedman, J. M. (1988). Broad-spectrum treatment of low sexual desire: Integration of cognitive, behavioral, and systemic therapy. En S. R. Leiblum y R. C. Rosen (dirs.), *Sexual desire disorders*. Nueva York: Guilford.
- LoPiccolo, J. y LoPiccolo, L. (dirs.) (1978). *Handbook of sex therapy*. Nueva York: Plenum.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- McCarthy, B. W. (1985). Uses and misuses of behavioral homework exercises in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 11, 185-191.
- McCarthy, B. W. (1993). Relapse prevention strategies and techniques in sex therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19, 142-146.
- Munjack, D. J. y Kanno, P. H. (1979). Retarded ejaculation: A review. *Archives of Sexual Behavior*, 8, 139-150.
- Ng, M. L. (1992). Treatment of a case of resistant vaginismus using a modified Mien-Ling. *Sexual and Marital Therapy*, 7, 295-299.
- O'Sullivan, K. (1979). Observations on vaginismus in Irish women. *Archives of General Psychiatry*, 36, 824-826.
- Renshaw, D. C. (1988). Profile of 2376 patients treated at Loyola Sex Clinic between 1972 and 1987. *Sexual and Marital Therapy*, 3, 111-117.
- Rosen, R. C. y Leiblum, S. R. (1988). A sexual scripting approach to problems of desire. En S. R. Leiblum y R. C. Rosen (dirs.), *Sexual desire disorders*. Nueva York: Guilford.

- Rosen, R. C., Leiblum, S. R. y Spector, I. P. (1994). Psychologically-based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 20, 67-85.
- Sandberg, G. y Quevillon, R. P. (1987). Dyspareunia: An integrated approach to assessment and diagnosis. *Journal of Family Practice*, 24, 66-69.
- Schreiner-Engel, P. y Schiavi, R. C. (1986). Life psychopathology in individuals with low sexual desire. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 646-651.
- Segraves, R. T. y Segraves, K. B. (1990). Categorical and multi-axial diagnosis of male erectile disorder. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 16, 208-213.
- Segraves, R. T. y Segraves, K. B. (1991). Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 17, 55-58.
- Semans, J. M. (1956). Premature ejaculation: A new approach. *Southern Medical Journal*, 49, 353-357.
- Silverstein, J. L. (1989). Origins of psychogenic vaginismus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 52, 197-204.
- Spector, I. P. y Carey, M. P. (1990). Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: A critical review of the literature. *Archives of Sexual Behavior*, 19, 389-408.
- Speiss, W. F., Geer, J. H. y O'Donahue, W. T. (1984). Premature ejaculation: Investigation of factors in ejaculatory latency. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 242-245.
- Stuart, F. M., Hammond, D. C. y Pett, M. A. (1987). Inhibited sexual desire in women. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 91-106.
- Wincze, J. P. y Carey, M. P. (1991). *Sexual dysfunction: Guide for assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Zilbergeld, B. (1993). *The new male sexuality*. Nueva York: Bantam Books.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Carrobles, J. A. y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Heiman, J. R. y LoPiccolo, J. (1989). *Para alcanzar el orgasmo: Un programa de crecimiento sexual y personal para la mujer*. Barcelona: Grijalbo.
- Leiblum, S. y Rosen, R. (dirs.) (1989). *Principles and practice of sex therapy: Update for the 1990's*. Nueva York: Guilford.
- Schover, L. R. y Jensen, S. B. (1988). *Sexuality and chronic illness: A comprehensive approach*. Nueva York: Guilford.
- Wincze, J. P. y Carey, M. P. (1991). *Sexual dysfunction. Guide for assessment and treatment*. Nueva York: Guilford.
- Zilbergeld, B. (1993). *The new male sexuality*. Nueva York: Bantam Books.

10. ENFOQUES COGNITIVO-CONDUCTUALES PARA LAS PARAFILIAS: EL TRATAMIENTO DE LA DELINCUENCIA SEXUAL

WILLIAM L. MARSHALL y YOLANDA M. FERNÁNDEZ

I. INTRODUCCIÓN

Según el *DSM-IV* (APA, 1994), las parafilias «causan un malestar o deterioro, clínicamente significativos, en el funcionamiento social, laboral o en el de otras áreas importantes» (p. 493). Sus características esenciales, según afirma el manual diagnóstico, «son intensos y recurrentes impulsos sexuales, conductas o fantasías sexualmente activantes, que incluyen generalmente: 1) objetos no humanos, 2) el sufrimiento o humillación de uno mismo o de la pareja, o 3) niños u otras personas que no consienten» (pp. 522-523). Sin embargo, es importante señalar que el diagnóstico de parafilia se aplica sólo cuando los impulsos, las fantasías o las conductas «producen un malestar o deterioro clínicamente significativos (p. ej., son obligados, provocan una disfunción sexual, requieren la participación de individuos que no consienten, causan complicaciones legales, interfieren con las relaciones sociales)» (p. 525). De este modo, una persona puede disfrutar de lo que podrían considerarse conductas o fantasías parafilicas tanto en cuanto ni ella ni ninguna otra persona sufra como consecuencia un malestar importante. En el *DSM-IV* se incluyen ocho parafilias específicas: exhibicionismo, fetichismo, frotteurismo, paidofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo travestista y voyeurismo. Se incluye también una categoría sin especificar, la «parafilia no especificada».

Los criterios diagnósticos del *DSM-IV* para las parafilias reflejan una mejora con respecto a los criterios del *DSM-III-R*. Por ejemplo, en el *DSM-III-R* la condición necesaria de «recurrentes impulsos sexuales y fantasías sexualmente activantes» significaba que, por ejemplo, un hombre que continuamente exponía sus genitales a mujeres que no consentían, pero que no informaba de fantasías asociadas con dicha conducta, no tendría que recibir un diagnóstico de parafilia. Aun así, muchos exhibicionistas, al menos en un principio, niegan esas fantasías. Aunque algunos ceden ante la insistencia del terapeuta de que tienen que haber tenido esas fantasías, no se puede determinar claramente si esto refleja una información verdadera u obligada. El *DSM-IV* ha eliminado este problema haciendo que el diagnóstico de una parafilia dependa de la presencia de fantasías, impulsos o conductas. Sin embargo, todavía existen problemas con los criterios de diagnóstico actuales. Por ejemplo, sólo un porcentaje limitado de hombres (me-

nos del 50% en nuestros estudios) que abusan sexualmente de niños cumplen los criterios diagnósticos para la pederastia y menos del 20% de los violadores satisfacen los criterios para el sadismo sexual. Estas observaciones implican que muchos de los hombres que, de forma constante, abusan de los niños o violan a las mujeres, no tienen un trastorno psiquiátrico, lo que, como mínimo, debería provocar inquietud en las personas que ofrecen tratamiento e incluso en las que diagnostican.

Aquellos que trabajan con delincuentes sexuales o sujetos con desviaciones sexuales pasan por alto estos problemas, bien sea evitando el empleo de la nomenclatura del *DSM* o bien utilizando simplemente los descriptores del *DSM* (p. ej., exhibicionistas, pederásticos, etc.), tanto si satisfacen los pacientes los criterios diagnósticos como si no. Esta última táctica a menudo produce confusión, especialmente cuando se hacen intentos para reproducir una investigación que ha identificado una determinada parafilia en una población objetivo. Por ejemplo, en nuestro intento (Marshall, Barbaree y Eccles, 1991) de reproducir, al menos en algunos aspectos, los hallazgos de Abel *et al.* (1988) de amplias y múltiples parafilias en delincuentes sexuales, nos dimos cuenta inmediatamente de un posible problema diagnóstico. Abel *et al.* incluyeron a la violación como una parafilia y esto no aparece en ningún lugar del *DSM*. De igual manera, incluyeron a todos los que abusaban de los niños, siendo muy poco probable que en su muestra total fueran todos pederásticos, especialmente los delincuentes incestuosos. Como tampoco especificaron claramente sus criterios para identificar otras parafilias, es posible que aplicaran normas igual de relajadas, lo que puede haber tenido como resultado la elevada frecuencia de parafilias múltiples sobre las que informaron. Cuando aplicamos criterios más estrictos, más de acuerdo con las directrices del *DSM*, encontramos muy pocos pederásticos múltiples entre nuestra población de delincuentes sexuales.

En términos de la práctica clínica real con delincuentes sexuales o sujetos con alguna desviación sexual, parece ser irrelevante el que un paciente cumpla los criterios del *DSM*. Las predicciones sobre el riesgo y la aceptación para tratamiento no parecen encontrarse influidas por el estatus diagnóstico. Si un hombre ha abusado de un niño o violado a una mujer, se considera que existe un cierto riesgo de que se vuelva a producir el delito en un futuro y que necesita tratamiento, incluso si niega categóricamente que tenga fantasías sexualmente excitantes e impulsos recurrentes e incluso si sólo ha cometido el delito una o dos veces. Una forma en que los clínicos han intentado abordar este problema de diagnóstico ha sido evaluar falométricamente las preferencias sexuales. Por ejemplo, si un sujeto que abusa de los niños niega tener fantasías o impulsos sexuales sobre los niños, pero ha abusado al menos de uno, se le evalúa para determinar qué pareja sexual prefiere. Desgraciadamente, hemos encontrado (Marshall, Barbaree y Butt, 1988; Marshall, Barbaree y Christophe, 1986) que cerca del 50% de los sujetos que abusan de niños que no son de su familia y más del 70% de los ofensores incestuosos muestran preferencias sexuales normales en las evaluaciones falométricas. Entre nuestras poblaciones de violadores, sólo el 30% manifestaron atracción sexual ante el acto sexual no consentido (Barbaree y Marshall, 1993) y el añadir una mayor agresión degradante a los guiones no

tenía ningún impacto (Eccles, Marshall y Barbaree, 1994). Por consiguiente, estos hallazgos cuestionan la validez de las evaluaciones falométricas y nosotros hemos puesto en duda la utilización de esas evaluaciones (Marshall, 1994a; en prensa, a; Marshall y Eccles, 1991, 1993).

Tal como se presentan actualmente, los criterios diagnósticos del *DSM* para las parafilias parecen ser muy poco relevantes para la práctica de la mayoría de los clínicos y un escollo para comparaciones precisas entre distintas investigaciones. Por consiguiente, en nuestra práctica clínica, hemos ignorado los criterios del *DSM* y hemos clasificado simplemente a los sujetos (con desviaciones y ofensas sexuales) con los que trabajamos en función de su conducta real. Si un hombre ha abusado sexualmente de un niño, lo denominamos abusador de niños; si ha violado a una mujer, lo llamamos violador; si ha expuesto sus genitales, lo denominamos exhibicionista. De hecho, el único caso en el que esos descriptores de sentido común pueden causar problemas se refiere a los hombres que usan ropas de mujer. Está claro que los hombres se visten como mujeres por una serie de razones, pero aquí nos interesan sólo aquellos que lo hacen con el propósito de excitarse sexualmente. El fetichismo travestista es el único caso en el que nuestra práctica clínica es similar a los criterios diagnósticos del *DSM*. La observación de la mayoría de los demás clínicos de este campo sugiere que ellos han adoptado también esta política de sentido común. Sugerimos con firmeza que los autores de los futuros manuales de diagnóstico reconsideren los criterios restrictivos actuales para las parafilias. En este capítulo emplearemos las etiquetas conductualmente descriptivas de nuestra práctica clínica diaria.

II. TRATAMIENTO

II.1. Una breve historia

El tratamiento de los sujetos con desviaciones sexuales no delictivas (es decir, aquellos cuyas conductas desviadas no infringen la ley) tiene una larga historia (véase Bancroft, 1974; Kilman *et al.*, 1981; Travin y Protter, 1993, para una revisión histórica) y esos tratamientos sirvieron como modelos para la intervención con delincuentes sexuales. Gran parte de estos primeros procedimientos se caracterizaron, desgraciadamente, por actitudes llenas de prejuicio hacia esas personas. Por ejemplo, hasta mediados de los años setenta, uno de los principales grupos de sujetos considerados como objetivos de tratamiento eran los hombres homosexuales, la mayoría de los cuales no manifestaba rasgos egodistónicos. De modo similar, la terapia aversiva (que normalmente incluía la ingestión de un emético o la aplicación de una descarga eléctrica desagradable) era frecuentemente el método preferido de tratamiento. Estos dos aspectos sobre la intervención han sido especialmente evidentes en el nacimiento del movimiento de la terapia de conducta desde el final de los años cincuenta hasta el comienzo de los años setenta. Los informes sobre la terapia "eléctrica" aversiva que trataban de reducir el interés homosexual (p. ej., Bancroft, 1971; Feldman y MacCulloch,

1971) se recibieron con gran entusiasmo. Sin embargo, no pasó mucho tiempo para que surgieran críticas dentro del movimiento conductual con respecto a la ética de tratar a los homosexuales, fueran o no egodistónicos (Davison, 1977). Igualmente, se han cuestionado la ética de la terapia eléctrica aversiva (Erwin, 1978) y su utilización no mejora la relación terapéutica. La mayoría de los terapeutas han abandonado el tratamiento de los homosexuales y no emplean ya la terapia eléctrica aversiva, aunque hay conductistas que siguen haciendo ambas cosas (p. ej., McConaghy, 1993).

Las primeras aplicaciones de la terapia de conducta a la desviación sexual y a los delincuentes sexuales se caracterizaban por el empleo de métodos sencillos de tratamiento (p. ej., Abel, Levis y Clancy, 1970; Bond y Evans, 1967; Eysenck y Rachman, 1965; Marks y Gelder, 1967) procedentes de teorías simples de condicionamiento sobre el desarrollo y mantenimiento de la conducta sexual anormal (McGuire, Carlisle y Young, 1965). Las teorías de condicionamiento se han criticado por ser demasiado limitadas y carecer de apoyo empírico (Marshall y Eccles, 1993; O'Donohue y Plaud, 1994), y se han sustituido por teorías más completas (Finkelhor, 1984; Hall y Hirschman, 1991; Marshall y Barbaree, 1990a). Los enfoques de tratamiento de un único componente se cuestionaron muy pronto en el tratamiento conductual de los sujetos con desviación sexual (Marshall, 1971) y se han reemplazado posteriormente por programas cognitivo-conductuales multicomponentes. Una descripción detallada de nuestro propio programa, que se describirá más tarde en este capítulo, servirá como ilustración de los enfoques actuales cognitivo-conductuales, pero el lector que le interese este tema puede consultar también otras fuentes (p. ej., Abel *et al.*, 1992; Maletzky, 1991; Pithers, 1990).

11.2. Los deseos sexuales excéntricos

A estos pacientes (fetichistas, travestidos y personas que consienten actos sádicos y masoquistas) se les describe como sexualmente desviados (cuando no son etiquetados como parafílicos) y es difícil pensar en un descriptor adecuado no peyorativo. Puede que nuestra elección de "deseos sexuales excéntricos" no agrade a todos y nuestra dificultad para elegir un término no peyorativo es, por supuesto, un reflejo del sesgo persistente e injustificado que tenemos hacia aquellos que manifiestan deseos sexuales distintos a los nuestros. El enfoque adoptado hoy día por la mayoría de los terapeutas hacia los homosexuales es asesorarles sobre sus actitudes negativas hacia su propia conducta y hacia las probables presiones externas que crean estos planteamientos negativos, en vez de intentar modificar las preferencias sexuales de dichos pacientes. Pensamos que este enfoque es apropiado también para aquellos pacientes cuyos intereses sexuales no conllevan un malestar o daño directo hacia los demás. Los fetichistas (travestidos u otros) no hacen daño a nadie por su conducta sexual. Aunque sus preferencias pueden provocarles problemas interpersonales, ¿es una razón suficiente para desalentar su ardiente entusiasmo hacia su fetiche particular? Sugerimos que al menos los terapeutas deberían explorar en profundidad las razo-

nes por las que un fetichista busca tratamiento antes de empezar a eliminar sus excéntricos intereses. Los escasos informes publicados sobre el tratamiento de las excentricidades sexuales a lo largo de los últimos veinte años refleja supuestamente las actitudes de la mayoría de los terapeutas en consonancia con las nuestras. Por ejemplo, McConaghy (1993) sugiere a los sujetos travestistas que busquen opciones alternativas al tratamiento, como unirse a un club de travestidos en donde puedan vestirse con ropa del otro sexo libres de la desaprobación social.

Se ha informado que la terapia aversiva que utiliza apomorfina (Davies y Morgenstern, 1960; Morgenstern, Pearce y Rees, 1965) y descargas eléctricas (Marks, Gelder y Bancroft, 1970) disminuye significativamente la conducta de vestirse con la ropa del sexo opuesto en los travestidos. Éstos y otros procedimientos similares sirvieron también para eliminar la conducta no deseada de los pacientes fetichistas (McGuire y Vallance, 1964; Raymond, 1956). Se ha informado igualmente de la eficacia de una variación cognitiva de la terapia aversiva, denominada "sensibilización encubierta", para reducir los intereses sexuales no deseados de los fetichistas (Kolvin, 1967), de los travestidos (Gershman, 1970) y de los sádicos (Davison, 1968). Éstos no son solamente procedimientos de tratamiento con un único componente, sino que también olvidan otros aspectos de los pacientes que pueden restringir la satisfacción de sus necesidades de formas más aceptables.

Aunque tanto Barlow (1973) como Marshall (1971) han indicado las limitaciones de los enfoques de tratamiento de un solo componente y, por consiguiente, la conveniencia de que el tratamiento de los delincuentes sexuales tenga una mayor amplitud, se ha hecho poco en la dirección de un tratamiento amplio para los sujetos sexualmente excéntricos. Ya hemos señalado que se ha dado una notable escasez de descripciones del tratamiento para este tipo de pacientes desde los primeros años setenta, especialmente para los sádicos y los masoquistas. Una excepción lo constituye el trabajo de Haydn-Smith *et al.* (1987) sobre el tratamiento conductual (sensibilización encubierta y entrenamiento en habilidades de afrontamiento) con éxito de un "asfioxifílico".

La mayoría de los relatos sobre sádicos se han restringido a aquellos que cometen actos de violación (McConaghy, 1993), con el grave olvido de los sádicos que llevan a cabo su conducta preferida con parejas sumisas. Mees (1966) describió un extenso programa de aversión eléctrica con un sádico y Laws, Meyer y Holmen (1978) emplearon la aversión olfativa con un paciente similar. A los masoquistas se les ha tratado también utilizando la terapia aversiva (Marks *et al.*, 1965).

Sin embargo, aunque durante los últimos 15-20 años los programas para delincuentes sexuales se han vuelto más amplios y con características multicomponentes, no parece que se hayan producido avances similares en el caso de los sujetos con excentricidades sexuales. Parece obvio que muchos de estos pacientes tienen problemas más extensos que la simple atracción sexual hacia sus actos excéntricos y que se deberían adaptar programas cognitivo-conductuales amplios a la complejidad de esos problemas, al igual que sucede en el caso de los delincuentes sexuales. Esperamos la descripción, aplicación y evaluación de procedi-

mientos de ese tipo con fetichistas, travestistas, sádicos y masoquistas. Para facilitar esta aplicación, revisaremos seguidamente las estrategias de tratamiento para los delincuentes sexuales.

II.3. *Los delincuentes sexuales*

De nuevo, los esfuerzos iniciales de tratamiento con los delincuentes sexuales, surgidos de una perspectiva conductual, tuvieron un alcance limitado. Tal como se desarrollaron a partir de procedimientos empleados con individuos con eccentricidades sexuales, los primeros tratamientos diseñados para los delincuentes sexuales consideraron que las conductas problema tenían una motivación exclusivamente sexual. Se pensaba que la delincuencia sexual era el resultado de preferencias sexuales aprendidas que tenían una naturaleza desviada, de modo que se creía que modificando simplemente estas preferencias se eliminarían las predisposiciones a delinquir. Bond y Evans (1967) llegaron tan lejos que afirmaron que la reducción de la potencia provocadora de las imágenes sexuales desviadas (en este caso, el exhibicionismo) sería suficiente para eliminar la conducta desviada. Por consiguiente, se consideró que la terapia aversiva, que tenía como objetivo la disminución del atractivo de la imagen desviada, era todo lo que se necesitaba para tratar a los delincuentes sexuales.

Como consecuencia de esta sencilla conceptualización, hubo numerosos informes que describieron la aplicación de la terapia aversiva (normalmente la aversión eléctrica) o la sensibilización encubierta a distintos delincuentes sexuales. Muchos de estos primeros estudios se dedicaban al tratamiento de exhibicionistas (véase Cox y Daitzman [1979, 1980] para una revisión), pero había también informes similares que incluían sujetos que abusaban de niños que no pertenecían a su familia (p. ej., Barlow, Leitenberg y Agrad, 1969; Quinsey, Bergersen y Steinman, 1976; Wijesinghe, 1977), ofensores incestuosos (Brownell y Barlow, 1976; Harbert *et al.*, 1974) y *voyeurs* (Gaupp, Stern y Ratlieff, 1971). En 1971, Marshall describió el tratamiento de un sujeto que abusaba de niños, tratamiento que incluía no sólo terapia aversiva para reducir los intereses sexuales desviados, sino también el recondicionamiento orgásmico para aumentar los intereses sexuales apropiados, así como el entrenamiento en asertividad y la mejora de las habilidades sociales con el fin de proporcionar las habilidades necesarias para llevar a cabo las nuevas preferencias. Marshall (1971) sugirió que este enfoque amplio era aplicable a otros ofensores sexuales. En los años posteriores, los programas para los delincuentes sexuales incluyeron progresivamente una mayor extensión de los objetivos de tratamiento y estrategias de intervención cada vez más complejas. Sin embargo, hay todavía clínicos que continúan ofreciéndonos evaluaciones de tratamientos limitados (p. ej., Rice, Quinsey y Harris, 1991) o que hacen explícitas sus objeciones a estos programas multicomponentes (McConaghy, 1993). Este último autor alegaba que en el momento en que escribía su libro no existían pruebas de que estos programas amplios fueran eficaces, pero, de hecho, había por lo menos un informe sobre un estudio de resultados (Marshall y Barbaree, 1988a) que encontró inferiores tasas de recaídas,

de forma significativa, entre los sujetos que abusaban de los niños y que habían sido tratados por medio de un programa cognitivo-conductual amplio, que en el caso de ese mismo tipo de individuos pero que no habían sido tratados. En cualquier caso, la mayoría de los clínicos ha adoptado ya alguna variación del programa que se describe seguidamente.

II.4. *Un programa cognitivo-conductual amplio*

Describiremos aquí nuestro propio programa, aunque parece que programas similares representan el enfoque más popular para el tratamiento de los sujetos que cometen abusos sexuales. La variación principal entre los distintos programas tiene que ver más con la cantidad de tiempo que les lleva a los pacientes terminar con cada componente, que con el contenido real del tratamiento. Nuestra posición es que puesto que hay tantos delincuentes sexuales que tratar, tenemos que hacer que nuestros programas sean tan económicos en tiempo y recursos como se pueda, mientras que, al mismo tiempo, se cubren todas las características que sean necesarias de los delincuentes.

Nuestro programa de tratamiento se ha desarrollado a lo largo de los últimos 25 años en prisiones (Marshall y Williams, 1975), hospitales psiquiátricos (Marshall y McKnight, 1975) y lugares ambulatorios (Marshall y Barbaree, 1988a, 1988b). Durante este tiempo, nuestros programas han evolucionado desde procedimientos con componentes limitados (Marshall, 1971, 1973) hasta programas de amplia base (Marshall *et al.*, 1983) y, finalmente, hasta los programas multicomponentes actuales (Hudson *et al.*, en prensa; Marshall, 1993a, Marshall y Eccles, en prensa; Marshall, Eccles y Barbaree, 1991). La descripción siguiente proporciona un breve resumen de nuestro programa actual.

II.4.1. Estructura del tratamiento

Hemos descrito la estructura global de nuestro programa como un "procedimiento de tres niveles" (Marshall, Eccles y Barbaree, 1993). El programa incluye a los delincuentes sexuales que se encuentran encarcelados en el momento presente, que han estado encarcelados o que nunca han pisado la prisión. Por consiguiente, tenemos programas para prisiones y para la comunidad.

Cuando los delincuentes sexuales entran por primera vez en las penitenciarías canadienses de la región de Ontario, se les evalúa para averiguar el riesgo sobre su seguridad y sus necesidades de tratamiento. Si se considera que existe un alto riesgo y que necesitan tratamiento intensivo, se trasladan a una institución en la que haya un programa del Nivel 1. Si hay un riesgo bajo y tienen menos necesidades de tratamiento, se les envía a una institución donde se lleva a cabo un programa de Nivel 2. Después de un tratamiento con éxito en el Nivel 1, algunos de los delincuentes pasan al Nivel 2 como parte del programa previo a su salida de prisión. Recientemente, se han desarrollado más programas para el interior de las prisiones, como una fase final previa a la salida de la cárcel, que se

centran en el fortalecimiento y perfeccionamiento de los planes de prevención de las recaídas desarrollados en programas de Nivel 1 ó Nivel 2. Sin embargo, la mayoría de los pacientes que han finalizado el programa de Nivel 1 sale inmediatamente de la prisión y no pasa al Nivel 2 o a los programas de prevención de recaídas previos a la salida, sino que va directamente a un programa en la comunidad (es decir, un programa de Nivel 3).

Los pacientes que entran en los programas de Nivel 1 reciben todos los componentes específicos al delito (que se describirán más adelante) y la mayoría de los componentes relacionados con el delito. Participan en cinco sesiones de terapia de grupo a la semana, de 3 horas de duración cada sesión, a lo largo de un período de 6 meses, con objetivos específicos al delito, mientras que al mismo tiempo participan en los programas relacionados con el delito que se consideran necesarios. Las evaluaciones pre y postratamiento determinan si el progreso ha sido satisfactorio. Si lo ha sido, pasan a la siguiente etapa (es decir, salida de la cárcel o traslado a un programa de Nivel 2 o de prevención de las recaídas). Si se considera que el progreso es insuficiente, entonces se reciclan de nuevo a través del Nivel 1.

Aquellos delincuentes que van directamente al Nivel 2 participan de un programa más limitado. La terapia de grupo del Nivel 2 se compone de dos sesiones a la semana de tres horas cada una e incluye una versión abreviada de los componentes específicos al delito, aunque la mayoría de los delincuentes están implicados también en uno o más de los componentes relacionados con el delito. Los programas del Nivel 2 funcionan como grupos con final abierto, en donde cada delincuente permanece bajo tratamiento durante un tiempo medio de tres meses.

Una vez que se reinserta el delincuente en la comunidad, se requiere habitualmente que participe en un programa para pacientes externos (Nivel 3), que incluye de nuevo objetivos específicos al delito así como, cuando es necesario, aspectos relacionados con el mismo. El tratamiento en la comunidad para delincuentes sexuales salidos de prisión implica una sesión semanal de grupo, de tres horas de duración, y cada delincuente permanece generalmente bajo tratamiento durante unos seis meses. Estos delincuentes que acaban de salir de prisión son supervisados por policías que vigilan la libertad condicional y que han sido entrenados en los principios de prevención de recaídas. A estos policías se les proporciona un detallado plan de prevención de recaídas diseñado para cada delincuente, de modo que puedan vigilar las conductas apropiadas.

La descripción siguiente de los componentes de nuestro tratamiento se aplica a cada uno de los tres niveles.

II.4.2. Componentes de tratamiento

En la descripción detallada de Marshall y Eccles (en prensa) de su amplio programa de tratamiento cognitivo-conductual para delincuentes sexuales, los objetivos del tratamiento se dividieron en dos áreas: objetivos específicos al delito y relacionados con el mismo. Los objetivos específicos al delito incluyen superar

la negación y la minimización, mejorar la empatía con la víctima, cambiar las creencias y actitudes distorsionadas, modificar las fantasías inapropiadas y desarrollar un plan de prevención de las recaídas saludable. Recientemente hemos añadido el entrenamiento en intimidad a estos objetivos específicos al delito y lo hemos incluido después del componente de cambio de actitudes. Marshall y Eccles (en prensa) sugieren que se aborden los temas en este orden particular porque es posible que no se realice el progreso en un área específica hasta que no hayan sido abordados totalmente los temas anteriores. Por ejemplo, sería muy difícil aumentar la empatía hacia una víctima si un delincuente está todavía negando o minimizando el alcance de su violenta acción o la invasión sexual de su comportamiento. Sin embargo, todos los componentes de tratamiento se encuentran interrelacionados, de modo que cuestiones que tienen que ver con creencias distorsionadas, por ejemplo, surgen y se responden a lo largo de todos los componentes. Conforme avanza el tratamiento, se abordan constantemente áreas importantes para cada delincuente dentro de cada componente y se insiste en la interconexión de todos estos aspectos. Los "objetivos relacionados con el delito" se refieren a temas que podrían considerarse como precursores o factores que influyen sobre un delito, tales como habilidades de relación deficientes, pobre solución de problemas, consumo de sustancias psicoactivas, limitado control de la ira y habilidades para la vida inadecuadas.

Una característica fundamental de nuestro enfoque se refiere a nuestra creencia de que, con el fin de que un delincuente cambie en una dirección prosocial, tiene que mejorarse la sensación de valía de uno mismo. Esto significa que tiene que verse a sí mismo como una persona capaz de cambiar (lo que es análogo a la idea de Bandura [1977] sobre la autoeficacia) y como un individuo que merece el afecto y las recompensas provenientes de las relaciones adultas prosociales. Con este fin, el terapeuta imprime un tono positivo al tratamiento y a los modelos, y alienta a los otros miembros del grupo a realizar conductas de imitación, con un estilo colaborador pero firme a la hora de cuestionar y abordar a cada delincuente. No es fácil conseguir un equilibrio a medio camino entre ser un claro apoyo y tener una relación de connivencia con el delincuente, por una parte, y enfrentarse y ser enérgico innecesariamente, por la otra, pero creemos que es la posición terapéutica más adecuada. En cada paso del programa le recordamos a cada delincuente sus virtudes y su potencial, y le indicamos también las características destructivas, hacia sí mismo y hacia la víctima, de su comportamiento violento anterior. Es menos probable que los delincuentes que piensan que están en un ambiente de apoyo (donde no se les rechazará) teman admitir actividades de las que se avergüenzan y se sienten molestos. Una forma de facilitar esto es que el terapeuta aclare la diferencia entre el paciente como una persona total y las conductas específicas que son dañinas e inapropiadas. Es importante que quede claro que es un comportamiento específico (p. ej., el delito sexual) lo que es inaceptable y no el paciente como persona. Cuando lo consideramos necesario, llevamos a cabo también procedimientos específicos de aumento de la autoestima (Marshall y Christie, 1982) para aquellos delincuentes cuya autovalía es especialmente baja.

a. *Negación y minimización*

La negación puede describirse como un rechazo a admitir haber cometido un delito, o una pretensión de que el acto fue por acuerdo mutuo, o una insistencia de que el delincuente no es, de hecho, un delincuente sexual. Cualquiera de estas posiciones puede tener como consecuencia el negarse a participar en el tratamiento. La minimización se caracteriza como un rechazo a aceptar la responsabilidad del delito, una negación del daño causado a la víctima o una descripción del delito que limita la extensión, la frecuencia, la violencia o el grado de invasión del mismo. Aunque hay estudios que han mostrado que la negación y la minimización son bastante frecuentes entre los delincuentes sexuales (Scully y Marolla, 1984), existen pocos informes sobre tratamientos diseñados para superar estos obstáculos. La consideración de esas cuestiones como objetivos debería constituir un primer paso fundamental en el tratamiento, ya que muchos programas excluyen a los sujetos que lo niegan y lo minimizan como faltos de motivación. Pensamos que esto es inapropiado puesto que un examen de nuestros archivos revela que si excluyéramos a estos delincuentes, no sólo hubiéramos rechazado para tratamiento alrededor del 60% de nuestros pacientes, sino que habríamos dejado sin tratar a algunos de los más peligrosos delincuentes sexuales. Creemos que tenemos la responsabilidad de intentar tratar a estos hombres y convencerles de que necesitan tratamiento. De hecho, aceptamos que es nuestro trabajo intentar incluir a todos los delincuentes sexuales en el mismo. De acuerdo con esto, no tenemos criterios de exclusión e incluimos a todos los sujetos que niegan y minimizan las consecuencias de sus actos.

En otros lugares se proporcionan descripciones más detalladas de nuestros enfoques para tratar con la negación y la minimización (Barbaree, 1991; Marshall, 1994b; Marshall y Eccles, en prensa), de modo que la descripción que se presenta aquí será necesariamente un breve resumen de nuestro enfoque.

Después de una breve descripción de los objetivos y del contenido general del programa, empezamos haciendo que cada delincuente cuente al grupo su versión de la(s) violación(es). Se le pide al delincuente que describa no sólo lo que hizo realmente, sino también su estado emocional en el momento del delito, las circunstancias relevantes que le precedieron, el consumo de sustancias psicoactivas en ese momento, su interpretación de las conductas de la víctima y, finalmente, los pensamientos y sentimientos que le llevaron a la violación y los que tuvo durante la misma. Puede que cada paciente tenga que repetir su descripción varias veces antes de ser capaz de reconocer y hablar sobre todas estas características.

A los otros miembros del grupo se les anima a que cuestionen aquellas áreas de la descripción que piensen que son ambiguas o imprecisas. El terapeuta modela la forma de hacer críticas constructivas y evalúa los cuestionamientos planteados por otros miembros. Siempre se encuentra disponible para el terapeuta la explicación oficial o la versión de la víctima sobre el delito, y le proporciona una base para poner en duda la explicación del delincuente. Esta información es esencial para un tratamiento eficaz. Cualquier inconsistencia entre la versión

oficial y la versión del delincuente produce más cuestionamientos por parte de los miembros del grupo y del terapeuta.

Aunque los delincuentes a menudo realizan toda una serie de manipulaciones con el fin de tener acceso a, y asegurarse la discreción de, sus víctimas, muchos no se dan cuenta de que para lo único que sirven sus acciones es para beneficio propio. La tarea del terapeuta y de los otros miembros del grupo consiste en aclarar lo que revela la versión del delincuente sobre sus conductas, pensamientos y sentimientos. De igual manera, los comentarios y las críticas hechos por un miembro del grupo sobre otro a menudo muestran la propia minimización del que critica y ofrece así una oportunidad más a cada paciente para explorar estos problemas. Puesto que la mayoría de los miembros del grupo se apoyan en su propia experiencia cuando juzgan a otros pacientes, sus anotaciones proporcionan frecuentemente al terapeuta datos para la comprensión de los propios delitos. Los miembros del grupo que se abstienen de criticar a otros delincuentes o que les ofrecen su apoyo (intentando, de este modo, protegerse claramente a sí mismos), son el terapeuta u otros delincuentes del grupo.

El terapeuta informa a los delincuentes que expresan negación y minimización de que esto es muy frecuente al inicio de la terapia, pero que espera que superen esta etapa. Otros miembros del grupo que hayan completado satisfactoriamente su autorrevelación pueden describir los beneficios de "ser claros", como, por ejemplo, la sensación de alivio que se tiene cuando ya no tienen que mentir continuamente. El terapeuta se asegura que el delincuente comprende tanto las ventajas de una autorrevelación honesta (p. ej., una sensación de alivio por no tener que mentir, una oportunidad para solucionar una serie de problemas de su vida y el poder salir antes de la prisión o acabar más pronto con la libertad condicional) como las desventajas de continuar negando o minimizando (p. ej., se les puede pedir que abandonen el tratamiento, podrían seguir en prisión o en libertad condicional durante más tiempo, y habría un mayor riesgo de volver a delinquir). Se presentan al paciente otros planteamientos más realistas de la conducta delictiva para que los considere antes de seguir contando cosas de sí mismos.

El proceso de autorrevelación se repite y se cuestiona constantemente hasta que la explicación se considere aceptable. Aunque algunos pacientes ofrecen una explicación completa y muy precisa del delito durante su primera autorrevelación, la mayoría muestra distintas distorsiones que tratan de minimizar la extensión o la naturaleza de sus delitos. En estos casos, es necesario repetir la autorrevelación.

Aunque el cuestionamiento y la autorrevelación tratan de reducir directamente la negación y la minimización, otros componentes posteriores del procedimiento de tratamiento (p. ej., el componente de empatía con la víctima) ayudan también a disminuir la minimización en delincuentes que se resisten al cuestionamiento. Lo mismo que sucede con todos los temas abordados en nuestro tratamiento, cada componente no es una unidad discreta sino que está relacionado funcionalmente con todos los demás componentes; constantemente recordamos a nuestros pacientes este hecho. Por consiguiente, no es esencial eliminar toda la negación y minimización antes de pasar al siguiente componen-

te de tratamiento, aunque el grueso de estos temas deberían tratarse en este componente inicial.

Debido a que la mayoría de los programas excluyen a este tipo de hombres, existen pocos estudios que hayan evaluado directamente los resultados del tratamiento con la negación y la minimización. Sin embargo, los escasos datos de que se dispone alientan la confianza. Por ejemplo, Barbaree (1991) informó que en un grupo de 40 abusadores de niños y violadores encarcelados, el 54% de dichos violadores y el 66% de los abusadores negaron en un principio haber cometido un delito. Un 42% más de los violadores y un 33% más de los abusadores minimizaron notablemente su delito en términos de su responsabilidad por el mismo, la extensión de su delito o el daño hecho a la víctima. Después del tratamiento, el número de individuos que lo negaban se había reducido de 22 a 3, aunque 15 de los que finalmente admitieron haber cometido el delito siguieron subestimando este hecho en alguna medida. Desgraciadamente, los resultados con los sujetos que minimizaban fueron menos esperanzadores. De los 15 que inicialmente minusvaloraban el delito, sólo 3 abandonaron totalmente esta conducta una vez finalizado el tratamiento. Sin embargo, Barbaree (1991) observó que el grado de minimización se había reducido considerablemente y la motivación para el tratamiento había aumentado entre estos delincuentes. En un estudio similar, Marshall (1994b) evaluó los efectos del tratamiento sobre la negación y la minimización en 81 delincuentes sexuales encarcelados. De los 25 sujetos con negación antes del tratamiento, sólo 2 seguían negando categóricamente sus delitos después de la terminación del tratamiento. Igualmente, el número de sujetos que minimizaban se redujo significativamente de 26 a 9 después de la intervención. Marshall (1994b) observó también que el grado de minimización de estos últimos delincuentes disminuyó de una media de 3,7 (en una escala de 6 puntos) a una de 0,5 en el postratamiento.

b. Empatía con la víctima

Aunque parece haber un consenso entre muchos teóricos acerca de que los déficit en la empatía constituyen un importante factor en los delitos sexuales, se han realizado pocos estudios intentando investigar este planteamiento. Las investigaciones anteriores han presentado datos confusos y a veces contradictorios sobre los déficit en empatía de los delincuentes sexuales (para una revisión de la literatura, véase Marshall *et al.*, 1995). Por ejemplo, mientras que Rice *et al.* (1990) encontraron una clara diferencia en empatía entre delincuentes sexuales y no delincuentes, Seto (1992) halló que los violadores eran menos empáticos que otros hombres de la comunidad en la *Escala de empatía de Hogan* (*Hogan empathy scale*; Hogan, 1969), pero no en la *Escala de empatía emocional* (*Emotional empathy scale*) de Mehrabian y Epstein (1972). Además, cuando se empleó la educación como un covariado en los análisis, las diferencias de Seto en la *Escala de Hogan* desaparecieron. A pesar de estas inconsistencias en los déficit en empatía observados, el entrenamiento en empatía aparece habitualmente como un importante componente de la mayoría de los programas de tratamiento de los delincuentes sexuales en Norteamérica (Knopp, Freeman-Longo y Stevenson, 1992).

Estos hallazgos contradictorios pueden deberse, en parte, a la confusión existente sobre la naturaleza y la extensión de la empatía. Marshall *et al.* (1995) han sugerido que la empatía constituye un proceso planificado que implica el reconocimiento del estado emocional de otra persona, la percepción del mundo desde el punto de vista del otro, la reproducción del estado emocional del otro individuo y, finalmente, realizar algún cambio conductual como respuesta al malestar percibido (p. ej., detener la conducta dañina o mostrarse simpático). Un apoyo parcial para esta conceptualización proviene de las evidencias de que los delincuentes sexuales son deficientes en el reconocimiento de las emociones en los demás (Hudson *et al.*, 1993) y de que distinguen entre la identificación que hacen del malestar de una persona que observan y de sus propios sentimientos de malestar en respuesta a esta observación (Marshall *et al.*, 1994). Los delincuentes sexuales parecen funcionar especialmente mal en el reconocimiento de la ira, la sorpresa y el temor, que son las emociones que con mayor probabilidad expresan las víctimas de una violación (Marshall *et al.*, 1993).

Otro problema con la investigación anterior es que no ha sido capaz de identificar si los delincuentes sexuales sufren un déficit general, inespecífico, en empatía o si sus déficit están limitados al contexto o son específicos a la persona. Por ejemplo, en un estudio reciente (Marshall *et al.*, 1994) hemos encontrado que los sujetos que abusaron de los niños mostraban déficit en empatía hacia los niños que habían sido las víctimas de otros delincuentes, en comparación con un grupo de hombres no delincuentes de la comunidad, y que mostraban déficit aún mayores en la empatía hacia sus propias víctimas; por otra parte, no manifestaban déficit de empatía hacia los niños en general. Si estos últimos hallazgos se confirman de forma independiente, entonces el tratamiento debería intentar mejorar la empatía hacia estas dos clases especiales de personas —es decir, hacia las víctimas de abuso sexual en general (p. ej., mujeres adultas víctimas de violación y niños víctimas de abusos sexuales) y hacia las propias víctimas del delincuente— en vez de intentar mejorar la empatía hacia toda la gente. Éstos son los objetivos de nuestro componente de entrenamiento en empatía.

Puesto que muchos delincuentes han aprendido a lo largo de su vida a reprimir sus sentimientos, puede que les sea muy difícil expresar emociones. Es necesario a menudo, como un primer paso para tratar los déficit en empatía, entrenar a los pacientes a ser emocionalmente expresivos. Se les pide que describan un suceso de su vida, distinto del de ser arrestado, que recuerden como emocionalmente perturbador. Se pide al paciente que describa la experiencia como si la estuviera reviviendo y que no reprima ningún sentimiento o emoción. Muchos participantes describen la muerte de un ser querido, la terminación de una relación importante, el rechazo que pueden haber sentido por parte de los padres cuando eran niños o su propia experiencia como víctimas de abuso sexual. Estas explicaciones tienen normalmente un importante efecto sobre los otros miembros del grupo y a menudo el que habla y los que escuchan se vuelven muy emotivos.

Cuando el delincuente que está actuando ha descrito su experiencia emocional perturbadora, se pide a los demás participantes que describan cómo se han sentido durante el relato que han oído y qué piensan sobre el estado emocional

del primero. Luego sigue una discusión sobre la adecuación de la expresión emocional del delincuente que ha contado la historia y una evaluación de la respuesta de los demás participantes. El terapeuta señala que al expresar emociones similares a las que manifiesta el miembro que está actuando, los otros pacientes están en realidad mostrando empatía.

Después de que cada miembro del grupo ha contado su historia emocionalmente perturbadora, se ha hablado sobre ella en profundidad y se ha evaluado, el terapeuta bien lee el relato de una víctima real o presenta un vídeo de una víctima que describe su respuesta a la violación y las consecuencias para su vida que le siguieron. Luego se pide a cada uno de los miembros del grupo que describan cómo se sentían cuando escuchaban u observaban a la víctima. Si un paciente no parece mostrar emociones adecuadas o parece no ser honesto en sus expresiones, el grupo se lo cuestiona.

Después de que el terapeuta define la empatía al grupo, se pide a cada participante que hable sobre el grado en que siente ahora empatía hacia su propia víctima y hacia otras víctimas del abuso sexual. Si es necesario se pregunta a los pacientes cómo se sentirían si alguien importante para ellos fuese violada. El terapeuta pide a cada miembro del grupo que describa dicha violación y que hable de lo que sentiría hacia el delincuente y hacia la víctima. Se anima a los otros delincuentes a que den retroalimentación sobre la adecuación de las respuestas de cada miembro. El ejercicio se repite hasta que el grupo esté conforme.

En el ejercicio siguiente, se enseña a los pacientes a reconocer las emociones en las víctimas de abuso sexual, adoptando la perspectiva de la víctima e intentando experimentar su malestar. Se le pide a cada participante que describa lo que cree que son los efectos inmediatos (durante el acto delictivo) del abuso sexual, los posteriores al mismo y los que tienen lugar a largo plazo. El terapeuta escribe cada una de las sugerencias en la pizarra y añade las consecuencias conocidas del abuso sexual que el grupo puede haber omitido. La lista se emplea para estimular una discusión general seguida por la descripción, por parte de cada paciente, del grado en que cree que su propia víctima experimentará cada consecuencia. Se insiste continuamente en que el paciente puede no haberse dado cuenta, en el momento del delito, del grado de sufrimiento de su víctima, pero eso no significa que ésta no sufriese. El terapeuta explica que probablemente la víctima estaba demasiado asustada para mostrar sus sentimientos o que el delincuente estaba tan absorto en conseguir su propia satisfacción que no se dio cuenta de la angustia de la víctima. Se le pide a cada participante que describa su delito desde el punto de vista de la víctima. Si un delincuente presenta el relato de forma que le favorezca a él, los otros miembros del grupo le critican. Muchos pacientes encuentran difícil observar su delito desde la perspectiva de la víctima. La importancia de este ejercicio es que se fuerza a los sujetos a considerar muchos aspectos del delito desde un punto de vista muy diferente y con una profundidad tal como nunca antes lo habían hecho.

En el elemento final del entrenamiento en empatía hacia la víctima, se asigna a los participantes una tarea para casa en la que se les pide que escriban dos cartas, una supuestamente de la víctima y la otra como respuesta a la carta de la víctima (que no tienen que enviar en absoluto). La carta desde la perspectiva de la

víctima debería incluir toda la ira, culpabilización hacia uno mismo, pérdida de confianza y los distintos problemas emocionales, cognitivos y conductuales que en estos momentos el delincuente debería entender que son efectos frecuentes del abuso sexual. El terapeuta lee esta carta en voz alta ante el grupo. Otros miembros del mismo dan retroalimentación y cuestionan al que ha escrito la carta en cualquier área que piensen que se ha omitido o presentado de una manera que favorezca al que ha escrito la misma. El paciente revisa la carta siguiendo la retroalimentación del grupo. Este proceso se repite hasta que el contenido y el estilo de la carta satisface a todo el grupo.

Una vez que ha terminado la carta de la víctima, se le pide al delincuente que escriba una carta a la víctima expresando la comprensión de las consecuencias que ésta ha tenido que sufrir, lo que proporciona al paciente una oportunidad para seguir comunicando su aceptación de toda la responsabilidad por el delito y muestra lo que está haciendo para asegurarse que no volverá a delinquir en el futuro. Aunque se espera que los participantes se disculpen por el delito, se les dice que no pueden pedir perdón. Esto se considera una petición injusta a la víctima. La carta se cuestiona también y se revisa hasta que satisfaga a todo el grupo.

Dos estudios recientes han mostrado el valor de estos tipos de procedimientos para aumentar la empatía en los delincuentes sexuales. Pithers (1994) ha mostrado que una estrategia de tratamiento similar a la que se acaba de describir aumentó eficazmente la empatía no específica de un grupo de delincuentes sexuales encarcelados. Más recientemente, Marshall, O'Sullivan y Fernández (en prensa) han mostrado que nuestros procedimientos mejoran notablemente la empatía que los sujetos que abusan de niños manifiestan por sus propias víctimas y por los niños que han sido víctimas sexuales de otros individuos abusadores.

c. Cambio de actitud

Generalmente se cree (Burt, 1980; Field, 1978; Malamuth, 1981; Rapaport y Burkhart, 1984; Tieger, 1981) que la mayoría de los delincuentes sexuales mantienen actitudes y creencias que respaldan su conducta delictiva. Por ejemplo, se entiende que los violadores aceptan una serie de mitos sobre la sexualidad de las mujeres, sobre los deseos de las mismas y sobre la violación. Se sugiere también que los violadores creen que las mujeres deberían adoptar un papel de servilismo hacia los hombres y que la agresión hacia las mujeres es aceptable. Aunque la investigación realizada hasta el momento no apoya de forma consistente estos puntos de vista sobre los violadores (Stermac, Segal y Gillis, 1990), puede deberse a que los cuestionarios utilizados para evaluar estas actitudes son relativamente transparentes y, por consiguiente, fáciles de falsear. Por ejemplo, Scully y Marolla (1983) encontraron que era mucho más probable que violadores condenados que negaban su delito defendieran creencias distorsionadas sobre la violación que en el caso de aquellos que admitían haber cometido el delito. Los autores consideraron que esto indicaba que los que lo negaban querían justificar la violación y, por consiguiente, aparecer como menos culpables, de modo que aceptaban los mitos. Por otra parte, los individuos que admitían su delito pue-

den haber querido mostrar su comprensión prosocial de la violación y, por lo tanto, respondían de una manera que intentaba complacer al investigador. En el momento presente, este problema de la transparencia de los tests constituye un obstáculo que ninguna medida de las que disponemos actualmente es capaz de evitar. Sin embargo, la mayoría de los clínicos informan que los violadores expresan muchos puntos de vista proviolación en las primeras fases del tratamiento.

Se piensa igualmente que los que abusan de los niños aceptan puntos de vista sobre los niños y sobre el abuso sexual que favorecen el delito. Abel y sus colaboradores (Abel *et al.*, 1984) se encuentran entre los primeros que propusieron que los que abusan de los niños mantienen creencias distorsionadas y posteriormente (Abel *et al.*, 1989) obtuvieron datos que lo apoyaban. Stermac y Segal (1989) encontraron también que los que abusan de los niños defienden actitudes más permisivas hacia las relaciones sexuales entre adultos y niños, y Howells (1978) informó que este tipo de individuos consideraba que los niños eran menos amenazantes, menos dominantes y era más fácil de mantener una relación con ellos, que en el caso de los adultos. De nuevo, las evidencias no son muy claras y las medidas empleadas hasta la fecha permiten fácilmente una presentación desvirtuada de las creencias de los abusadores, aunque los clínicos observan habitualmente actitudes favorables al abuso entre los que abusan de los niños.

En nuestro programa, cuestionamos las actitudes y las creencias que respaldan el abuso cuando surgen, aunque también tratamos específicamente estas distorsiones. En el componente que estamos abordando, hacemos que cada delincuente describa sus creencias sobre las mujeres y los niños y la naturaleza sexual de las mismas. Describimos también delitos hipotéticos en los que es probable que se considere (incorrectamente) que la responsabilidad del delincuente está reducida y en los que se puede observar (otra vez de forma incorrecta) que la conducta de la víctima invita a un delito sexual. Estos casos hipotéticos revelan frecuentemente actitudes favorables al delito sexual que, por otra parte, podrían no surgir, y nos ofrece la oportunidad de cuestionar dichas actitudes, explicar sus implicaciones y ofrecer alternativas más prosociales. Por supuesto, los terapeutas necesitan examinar en profundidad sus propios puntos de vista antes de introducirse en este proceso.

En esencia, el procedimiento denominado "reestructuración cognitiva" incluido en esta forma de provocar, cuestionar y esbozar las implicaciones de esas actitudes y luego sugerir alternativas, es un enfoque bastante sencillo. Sin embargo, no se ha demostrado todavía su eficacia a pesar de ser un procedimiento muy utilizado (Murphy, 1990).

d. Entrenamiento en intimidad

Nosotros hemos sugerido (Marshall, 1989, 1993b, 1994c) que los delincuentes sexuales pueden adoptar una conducta de agresión sexual, no simplemente para satisfacer necesidades sexuales, agresivas o de poder, sino también para satisfacer, al menos en parte, necesidades de intimidad que no se ven colmadas en sus vidas. Hemos propuesto que los delincuentes sexuales son normalmente incapaces de satisfacer eficazmente sus necesidades de intimidad, que esta incapacidad surge

como consecuencia de los deficientes lazos afectivos con sus propios padres (Marshall, Hudson y Hodgkinson, 1993) y tiene como consecuencia relaciones afectivas adultas de escasa calidad (Ward *et al.*, en prensa). La investigación reciente ha apoyado estos planteamientos (Bumby y Marshall, 1994; Garlick, 1991; Hudson, Ward y Marshall, 1994; Marshall y Hambley, 1994; Seidman *et al.*, 1994), y hemos propuesto un componente de tratamiento para abordar esos problemas (Marshall, 1994d). Para una descripción más completa de nuestro componente de entrenamiento en intimidad se remite al lector a Marshall (1994d).

El primer paso de este componente consiste en proporcionar información sobre la naturaleza de la intimidad y de la soledad y el valor de desarrollar una mayor intimidad. Ayudamos también a los delincuentes a identificar su capacidad actual, o la falta de ella, para lograr la intimidad, y el origen de las deficiencias presentes. Las descripciones del origen de sus problemas lleva a menudo a la necesidad de ayudarles a solucionar los problemas que tienen con sus padres o con algunos primeros intentos de experiencias de intimidad.

Luego hablamos sobre las relaciones sexuales y el papel que juegan en la intimidad. Demasiado a menudo estos delincuentes piensan en la relación sexual como el único camino hacia la intimidad. Les indicamos que la satisfacción en las relaciones sexuales está muy unida a la satisfacción con todos los aspectos de su relación y que la intimidad, y la satisfacción sexual plena, se consiguen de forma óptima sólo en relaciones equitativas. Así, las relaciones sexuales a la fuerza y el sexo con niños no pueden producir la satisfacción que buscan.

Los celos, y la manera en que nuestros pacientes responden a la infidelidad real o imaginada de su pareja, son algo fundamental y constituye el siguiente objetivo de este componente. Aunque reconocemos que los celos son una respuesta esperada y quizás adecuada a un engaño claro, la magnitud de la respuesta, y la tendencia a tener celos sin motivo, constituyen el resultado de la baja estima del "cornudo", del grado de su propia infidelidad y de inferencias inapropiadas sobre el significado de la misma. Cuestionamos las actitudes inapropiadas de los pacientes con respecto a estos temas y les ayudamos a examinar por qué sus parejas anteriores fueron infieles. Muy a menudo la infidelidad de su pareja parece haber sido un producto de la propia conducta del delincuente, como, por ejemplo, su mariposeo, su reserva, su poca comunicación, su distancia emocional o sus excesivos celos.

Enseñamos a nuestros pacientes habilidades de relación, incluyendo las habilidades necesarias para iniciar una relación (p. ej., escoger una pareja apropiada, desarrollar habilidades de conversación, no precipitarse en el establecimiento de relaciones con compromisos, etc.) y las habilidades necesarias para mantener relaciones (p. ej., autorrevelación, solución de conflictos, expresión de sentimientos, habilidades de comunicación, de escucha, etc.). Se identifican y se cuestionan distintas actitudes perjudiciales sobre las relaciones (p. ej., la creencia en el "amor a primera vista", que los desacuerdos son necesariamente destructivos, que el amor apasionado debe mantenerse a un elevado nivel de energía, etc.). Cuando lo consideramos útil empleamos la representación de papeles como un medio de entrenar las habilidades y de identificar las creencias inapropiadas.

Finalmente, abordamos en este componente el tema de la soledad. Ayudamos a los pacientes a identificar su temor a estar solos y las consecuencias irracionales y autodestructivas de ese temor. Se les pide que hagan una lista con todas las ventajas de estar solos y se les explica que estar solo no es lo mismo necesariamente que sentirse solo.

e. *Las preferencias sexuales*

Como se ha señalado previamente, en los primeros programas de tratamiento las preferencias sexuales se consideraban frecuentemente que eran los principales, sino los únicos, objetivos de la intervención. Recientemente, hemos sugerido (Blader y Marshall, 1989; Marshall, en prensa b; Marshall y Eccles, 1991) que se ha exagerado la importancia de este componente de tratamiento. Por ejemplo, como señalamos anteriormente, no todos los delincuentes sexuales muestran preferencias sexuales desviadas en la evaluación falométrica, incluso aunque hayan cometido un delito sexual. La mayoría de los delincuentes que muestran preferencias sexuales normales en la evaluación niegan también tener fantasías desviadas recurrentes, de modo que está claro que no hemos sido capaces de demostrar que las preferencias sexuales desviadas caractericen a más de un pequeño número de estos hombres.

La hipótesis de la preferencia sexual (véanse Barbaree, 1990 y Barbaree y Marshall, 1991, para un análisis detallado de las distintas formas de esta hipótesis) sugiere que todos los delincuentes sexuales prefieren realmente actos sexuales desviados a cualquier otra forma de conducta sexual y que sus fantasías sexuales se centran exclusivamente en actos desviados. De hecho, los actos sexuales por consenso con adultos se mantienen como una "tapadera" o como una respuesta sustitutiva en lugar de los actos desviados preferidos. Por el contrario, Marshall y Eccles (en prensa) sugieren que la idea de que las preferencias sean fijas e invariables es tan poco probable para la conducta sexual como para cualquier otra conducta. Por ejemplo, las preferencias en la comida parecen ser muy variables y a menudo cambian según la disponibilidad y las experiencias, así que, ¿por qué deberían ser diferentes las preferencias sexuales? Aunque una persona podría disfrutar específicamente de un tipo de acto sexual, es muy poco probable que realicen esa conducta en exclusiva y no hay nada que sugiera que los delincuentes sexuales no disfruten de distintos actos sexuales. Se ha encontrado que los hombres se sienten fuertemente atraídos por la variedad, en términos de parejas y actividades sexuales (Symons, 1979).

En consistencia con esta última observación, Marshall y Eccles (en prensa) sugieren que la conducta sexual desviada puede, en cierto grado, reflejar una búsqueda de la novedad o simplemente revelar que la persona saca provecho de una oportunidad que de otra manera se encontraría en la parte baja de su jerarquía de preferencias. Puesto que una serie de circunstancias contextuales, como problemas emocionales y el abuso de sustancias psicoactivas, parecen afectar a la probabilidad de cometer un delito (Pithers *et al.*, 1989), sería razonable inferir que factores situacionales explican al menos parte de la conducta y estos factores están, por supuesto, en constante cambio.

Marshall y Eccles (1991) han sugerido que las fantasías de los delincuentes sexuales pueden satisfacer distintas necesidades. Además de hacerlo con características sexuales específicas, las fantasías desviadas tratan a menudo con cuestiones de poder y control, agresión y necesidad de humillar, y también con la necesidad de admiración y respeto. Por consiguiente, en nuestro programa, a todos los delincuentes sexuales se les enseñan procedimientos para disminuir la frecuencia y la fuerza de las fantasías sexuales, manifiesten o no excitación sexual desviada durante la evaluación.

Por supuesto, otra alternativa, quizás más en consonancia con la incapacidad de la investigación para demostrar claramente la presencia de preferencias sexuales desviadas en muchos delincuentes, sería ignorar el tema en el tratamiento. Incluso Quinsey y Earls (1990), que son claros defensores de la hipótesis de la preferencia sexual, sugieren que otros procedimientos de tratamiento (p. ej., entrenamiento en empatía, cambio de actitudes, control de la ira, etc.) pueden producir cambios apropiados en las preferencias sexuales, evitando, por consiguiente, la necesidad de plantearlos como un objetivo específico del tratamiento. Creemos que esto es una posibilidad diferente y estamos actualmente realizando investigaciones que responderán a esta cuestión.

Los dos principales procedimientos que empleamos en este componente son la sensibilización encubierta y el recondicionamiento por medio de la masturbación. El objetivo principal de la sensibilización encubierta es hacer que las consecuencias desagradables del delito sexual estén en un primer plano en el pensamiento del delincuente, especialmente en las etapas iniciales de la cadena conducente al delito (p. ej., en el momento en que un violador siente ira y está pensando en ir a un bar a buscar una víctima). Aunque algunos delincuentes sexuales pueden tener pensamientos de catástrofe después de un delito, estas preocupaciones se desvanecen rápidamente cuando no le siguen consecuencias negativas tangibles. Desgraciadamente, los sentimientos de desagrado sirven poco para reducir el riesgo de volver a delinquir cuando su impacto es tan fugaz. Por medio de la desensibilización encubierta se espera que haciendo que el delincuente asocie continuamente consecuencias negativas al imaginarse realizando la conducta desviada, las actividades inapropiadas perderán su atractivo y se reducirá la intensidad y la frecuencia de los pensamientos desviados de incitación.

El ejercicio se inicia haciendo que cada delincuente presente al menos tres fantasías o secuencias de acción desviadas. Una de las fantasías tiene que describir un delito real o mostrar el ciclo delictivo característico del sujeto (es decir, desde los primeros pensamientos que conducen al delito pasando por las distintas fases que finalmente culminan en el delito). Estas fantasías se escriben en una de las caras de un grupo de tarjetas tipo visita. El paciente presenta entonces una lista de todas las consecuencias negativas que cree que podrían sucederle como consecuencia del delito. Esas consecuencias se escriben en el otro lado de las tarjetas. Se le instruye al paciente para que lea las secuencias de los delitos al menos tres veces al día, dando la vuelta a las tarjetas después de cada ensayo con el fin de leer las consecuencias. Conforme avanza el ejercicio, se le dice al delincuente que empiece a leer las consecuencias cada vez más pronto en la secuencia de la fantasía, hasta que llegue a leerlas inmediatamente después del primer paso de la

cadena que conduce al delito. Una vez que el paciente haya terminado de leer las consecuencias negativas, se le pide que se imagine una secuencia de respuestas positivas o prosociales, como alejarse de una oportunidad para la conducta desviada y realizar una actividad alternativa y apropiada (quizás no sexual). Con el fin de asegurarse que los delincuentes siguen el ejercicio, algunos clínicos hacen que el paciente grabe una cinta de audio cuando practica la sensibilización encubierta. Sin embargo, esto puede ser pesado y hacer que el procedimiento resulte rígido. Otra alternativa es solicitar la ayuda de otras personas (p. ej., otros presos o miembros de la familia) para recordar al paciente diariamente que mantenga su práctica. Desgraciadamente, los datos que respaldan el empleo de la sensibilización encubierta, bajo la forma que sea, son bastante limitados, pero el procedimiento se sigue empleando profusamente. Lo que se necesita urgentemente es una investigación cuidadosa con los sujetos apropiados para determinar si la sensibilización encubierta, tal como se aplica clínicamente, logra los objetivos planteados.

El procedimiento del recondicionamiento por medio de la masturbación combina lo que se ha denominado "recondicionamiento orgásmico" con la "terapia de saciación". Thorpe, Schmidt y Castell (1963) fueron los primeros que describieron un procedimiento que implicaba la masturbación hasta alcanzar el orgasmo mientras se le mostraba al sujeto, o bien se imaginaba, la conducta sexual apropiada con una pareja adecuada. Se han descrito variaciones de este procedimiento (Davison, 1968; Marquis, 1970; Maletzky, 1991), pero de nuevo existen escasas pruebas que apoyen la eficacia de dichas estrategias (véase Laws y Marshall, 1991, para una revisión de las evidencias). La terapia de saciación la describieron originalmente Marshall y Lippens (1977) y posteriormente se evaluó en dos estudios de caso único (Marshall, 1979). En su primer formato, el paciente seguía masturbándose después del orgasmo durante un período de tiempo que podía llegar hasta una hora, mientras fantaseaba con todas las variaciones que podía generar de sus conductas desviadas. Posteriormente, Abel y Annon (1982) eliminaron el requisito de masturbarse después del orgasmo y sólo hacían que los pacientes generasen fantasías desviadas. La saciación verbal, como se denominó a esta variación, tiene la ventaja de ser más aceptable para los pacientes que la saciación masturbatoria. Aunque la saciación parece tener un mayor respaldo que los procedimientos de recondicionamiento orgásmico (Alford *et al.*, 1987; Johnston, Hudson y Marshall, 1992), las pruebas de la eficacia de la saciación son, en general, limitadas (Laws y Marshall, 1991) y se necesita más investigación.

Laws y Marshall (1991) sugirieron que la "masturbación directa" parece ser el enfoque más eficaz para mejorar la activación apropiada y es el procedimiento que utilizamos habitualmente. En este procedimiento, el paciente genera (con la ayuda del terapeuta) un conjunto de fantasías que incluyen una pareja adecuada (hombre o mujer, dependiendo de la orientación sexual del sujeto). Luego se instruye al delincuente para que se masturbe hasta el orgasmo mientras se imagina estas actividades sexuales apropiadas con una pareja que consiente. Si le es difícil excitarse con las fantasías apropiadas o si la excitación disminuye durante la masturbación, se le dice al paciente que emplee fantasías desviadas para rees-

tablecer la excitación y luego cambiar inmediatamente a la fantasía apropiada. Se le dice que se puede cambiar una y otra vez entre las fantasías adecuadas y desviadas, en el caso de que sea necesario, hasta que ocurra el orgasmo. El objetivo de la masturbación directa es aumentar el atractivo sexual de las fantasías apropiadas al asociar estas fantasías con la excitación provocada por uno mismo.

Después del orgasmo, el paciente empieza con el segundo componente del recondicionamiento masturbatorio, es decir, con la "terapia de saciación". Inmediatamente después de la eyacuación, los hombres difícilmente pueden responder a los estímulos sexuales (entran en lo que Masters y Johnson, 1966, denominan el "período refractario relativo"). Entonces, durante este período posorgásmico, se instruye al paciente para que deje de masturbarse y ensaye en voz alta, si es posible, cada variación de sus fantasías desviadas durante un mínimo de 10 minutos, pero nunca más de 20 minutos. El objetivo de este procedimiento es asociar las fantasías desviadas con un estado de falta de respuesta sexual. Por supuesto, el repetir las fantasías desviadas puede, por sí mismo, reducir su atractivo y, a su vez, su capacidad para producir la excitación sexual.

Hemos encontrado que para algunos pacientes, la sensibilización encubierta y el recondicionamiento masturbatorio puede ser ineficaz. Estos pacientes se quejan de que a pesar de utilizar cuidadosamente los procedimientos, siguen experimentando frecuentemente pensamientos desviados con tanta fuerza que no pueden resistir masturbarse con ellos. En consecuencia, creen que los impulsos asociados de volver a cometer un delito sexual podrán con ellos. En estos casos, se pueden adoptar otras técnicas.

Los tratamientos hormonales o con antiandrógenos (acetato de ciproterona o acetato de medroxiprogesterona) parece que reducen la activación general así como la frecuencia y la intensidad de los pensamientos desviados (Bradford, 1990; Bradford y Pawlak, 1993). Recientemente, Pearson *et al.* (1992) mostraron que la buspirona (una droga serotoninérgica) conseguía poner bajo control los pensamientos no deseados, en un paciente con impulsos desviados muy fuertes y, aparentemente, incontrolables. Se debería emplear alguno de estos fármacos sólo como ayuda para un programa cognitivo conductual; en caso contrario, el paciente no adquirirá el control conductual de uno mismo. Finalmente el paciente debería desarrollar habilidades de afrontamiento adecuadas que aseguren la retirada de la medicación.

Otras alternativas que a veces empleamos incluyen la aversión olfativa y la aversión por medio del amoníaco. En la aversión olfativa, se presenta al paciente un olor fétido que inhala mientras escucha u observa descripciones de sus actividades desviadas. Utilizamos carne podrida guardada en un recipiente como estímulo aversivo. Aunque hemos encontrado que la aversión olfativa a veces produce disminuciones en la activación sexual después de varios ensayos, el procedimiento no es agradable. Además, no sólo es de escasa ayuda para fortalecer la relación terapeuta/paciente, sino que los olores fétidos se extienden por toda la habitación de tratamiento y se adhieren a la ropa, siendo desagradables también para el equipo de intervención.

Por otra parte, la aversión por medio del amoníaco se la administra el propio sujeto y, en consecuencia, es menos aversiva para el terapeuta. Se hace que el de-

lincente lleve una botella de sales de amoníaco, que abre e inhala por la nariz inmediatamente cuando siente un impulso o tiene un pensamiento desviado persistente. El objetivo es interferir con, y castigar, los pensamientos desviados que ocurren en el contexto natural. Al final muchos delincentes se sensibilizan ante impulsos y pensamientos de una menor intensidad, aconsejándoseles que los controlen sin el empleo de amoníaco.

En el pasado, hemos utilizado terapia eléctrica de aversión para reducir la excitación desviada (Marshall, 1973); ya no empleamos este procedimiento. Como hemos señalado, existen cuestiones éticas importantes sobre su uso con delincentes encarcelados, sin mencionar que la relación paciente/terapeuta y la sensación de confianza pueden verse seriamente comprometidas.

6. La prevención de las recaídas

El último componente de nuestros tratamientos específicos al delito se refiere a la necesidad de desarrollar planes adecuados de prevención de recaídas. Las estrategias de prevención de recaídas fueron desarrolladas inicialmente por Marlatt y sus colaboradores (Marlatt, 1982; Marlatt y George, 1984; Marlatt y Gordon, 1985) para el tratamiento de las conductas adictivas. Posteriormente, estos principios se adaptaron para ser usados con delincentes sexuales por Marques y Pithers y sus colaboradores (Marques *et al.*, 1989; Pithers *et al.*, 1983; Pithers, Martin y Cumming, 1989). Lo que sigue es nuestra adaptación de los procesos sugeridos por estos autores. El lector observará que nuestro componente es mucho menos extenso que lo aconsejado por la mayoría de las disciplinas de prevención de las recaídas (véase Laws, 1989, para una revisión amplia de este enfoque) y obviamente no emplearemos el lenguaje tan característico de los que ofrecen estos tratamientos (p. ej., no utilizamos etiquetas ni identificamos procesos del tipo de "efecto de la violación de la abstinencia", "decisiones aparentemente irrelevantes" o el "problema de la gratificación inmediata"). En estos momentos constituye una cuestión empírica no contestada si este componente necesita ser más amplio.

Una vez que los delincentes han adquirido los cambios del comportamiento y de las actitudes que han sido los objetivos de los componentes anteriores, el componente de la prevención de las recaídas integra estas habilidades en un grupo de planes de autocontrol que trata de mantener los beneficios después de que se ha terminado el tratamiento formal.

El primer paso en este proceso requiere que el delincuente identifique las emociones, cogniciones y acciones que constituyen su cadena delictiva habitual. Esta cadena incluye factores antecedentes (p. ej., experiencias de la infancia, estilo de vida, problemas emocionales, dificultades con las relaciones, abuso de sustancias psicoactivas y fuentes de estrés) que sirven para desinhibir los controles prosociales. El hacer que los pacientes rellenen una autobiografía facilita la identificación de estos factores antecedentes. Una vez que el paciente se encuentra en este estado de desinhibición, las actitudes, creencias, distorsiones cognitivas, pensamientos y fantasías desviados que favorecen el delito, inician un proceso que hace que el delincuente prepare la oportunidad de cometer una agresión se-

xual. El delincuente puede entonces comenzar con la secuencia conductual que normalmente sigue cuando busca a una víctima (p. ej., conducir el coche sin propósito fijo, merodear por las cercanías de las escuelas, etc.) o empezar a preparar una víctima y manipular a los demás para que él pueda tener una oportunidad de cometer el delito sexual. Por lo tanto, la cadena que lleva al delito incluye factores antecedentes, procesos de pensamiento y secuencias de conducta que culminan en el acto delictivo. Cada paciente presenta los detalles de su cadena para el delito, el terapeuta los lee ante el grupo y los demás participantes lo cuestionan (si es necesario). Se ofrecen sugerencias para mejorar y el paciente modifica posteriormente su cadena para el delito hasta que se considere satisfactoria.

A partir de esta cadena para el delito, el sujeto identifica todos los factores que aumentarían el riesgo de que pudiera volver a cometerle y crea una lista de estrategias para tratar con cada uno de estos factores. El paciente indica de qué manera evitará las situaciones de alto riesgo o cómo escapará de ellas si surgen inesperadamente. Describe varias estrategias alternativas para evitar o vérselas con los factores antecedentes relevantes, e identifica distintas formas en las que responderá a las actitudes o fantasías que favorezcan la vuelta de estas cogniciones desviadas. Esta detallada lista de estrategias de evitación y afrontamiento se denomina "planes de prevención de la recaída". Finalmente, cada delincuente hace una lista de señales de aviso que podrían indicar que podría llegar a cometer un delito sexual. Se generan dos listas de señales de aviso: una que le señala al mismo delincuente que el riesgo está aumentando (p. ej., fantasías, rumiaciones, impulsos, etc.) y otra que podría alertar a un supervisor o a una persona de apoyo que el sujeto está corriendo un riesgo.

El entrenar a los delincentes a desarrollar una cadena para el delito, un grupo de planes para la prevención de las recaídas y un conjunto de señales de aviso, constituye lo que Pithers (1990) ha denominado el aspecto de "control interno" del entrenamiento en prevención de recaídas. Pithers sugiere también que es necesario un componente para el "control externo", en donde personas que poseen ciertos conocimientos sobre los procedimientos de la prevención de recaídas supervisen al paciente. Ayudamos a éste a identificar un grupo de apoyo que le pueda ayudar después de que haya terminado la intervención (y durante el proceso de tratamiento en la comunidad). Estos miembros del grupo de apoyo pueden incluir a la pareja, a los jefes y a los/as amigos/as, aunque insistimos también en la inclusión de los supervisores de su comunidad, tales como las personas que se encargan de vigilar su libertad condicional. Todos los supervisores o personas de apoyo reciben una copia de los planes de prevención de la recaída para el delincuente (es decir, la cadena para el delito, los planes de prevención y las señales de aviso), así como recomendaciones sobre las restricciones sobre la conducta (p. ej., no estar a solas con niños, no conducir sin un objetivo, evitar el alcohol y las drogas, etc.). El poseer estos materiales se supone que aumentará la eficacia de la supervisión, creará una red que puede ayudar a las personas que vigilan la libertad provisional y desarrollará una relación de cooperación entre los miembros significativos de la comunidad del paciente (Pithers *et al.*, 1987). Existen evidencias de que la inclusión de un componente de prevención de las

recaídas en un programa de tratamiento reduce las recidivas (Marshall, Hudson y Ward, 1992), aunque se necesita mucha más investigación, especialmente sobre la necesidad de la vigilancia y la supervisión (amplias y costosas), para después del tratamiento, empleadas por Marques y Pithers.

III. LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO

El desarrollo de programas amplios de tratamiento cognitivo-conductual para los delincuentes sexuales ha sido un fenómeno relativamente reciente y, como hemos señalado, no se ha producido un desarrollo comparable en el tratamiento de los individuos con excentricidades sexuales. En estos temas se presentan dificultades para determinar la eficacia de los programas actuales. La evaluación adecuada de los programas de tratamiento para los delincuentes sexuales lleva considerable tiempo y esfuerzo y está plagada por toda clase de dificultades en un número superior a las que se presentan en la evaluación de cualquier tratamiento. Por ejemplo, quizás el obstáculo más importante para llevar a cabo una evaluación se refiere a la consecución de un grupo sin tratamiento para comparación. En su forma ideal, ese grupo se forma asignando al azar sujetos voluntarios a un grupo de tratamiento o a un grupo control sin tratamiento. Sin embargo, esto no se consigue fácilmente en el caso de los delincuentes sexuales a diferencia de lo que sucede con otras poblaciones de pacientes. Si se asigna aleatoriamente a un delincuente sexual a un grupo de no tratamiento, le supondrá un alto coste ya que el juez encargado de concederle la libertad provisional no soltará a un delincuente sin haber sido tratado y puede que su familia y sus amigos no le acepten si no ha recibido tratamiento. Por consiguiente, es poco probable que los delincuentes sexuales se presten como voluntarios para un estudio de este tipo. Incluso si lo hicieran, ¿sólo preocupa el consentimiento de los delincuentes sexuales para participar? Marshall y Pithers (1994) han sugerido que puesto que, principalmente, son las mujeres y los niños las víctimas potenciales de los delincuentes sexuales no tratados, se debería buscar realmente la aprobación de aquéllos para realizar una evaluación del tratamiento sobre una asignación aleatoria. Suponemos que no lo aprobarían. Por supuesto, este problema ético les deja a los evaluadores poca libertad de elección, excepto el buscar en otra parte una estimación de la probable tasa de recaída de los sujetos que han participado en la intervención y utilizarla como el criterio con el que comparar la eficacia del tratamiento. Por supuesto, esto no satisfará a los puristas de la metodología.

Otros problemas al evaluar los programas de tratamiento para el delincuente sexual surgen del hecho de que tenemos que esperar hasta que haya sido puesto en libertad un número apropiado de delincuentes y asumir el riesgo de que pase el tiempo suficiente para que se pueda hacer una evaluación de la eficacia. Las tasas base son lo suficientemente bajas para que un gran número de delincuentes estén bajo una situación de riesgo durante al menos 4-5 años, antes de que pueda realizarse una evaluación satisfactoria. Desgraciadamente, muchos programas

dejan de aplicarse antes de que puedan cumplirse estas condiciones, dando como resultado que se hayan evaluado pocos, y hasta cierto punto selectivos, programas. Sin embargo, resulta alentadora cualquier información disponible al respecto.

Nosotros hemos realizado revisiones de la literatura sobre programas de tratamiento (Marshall y Barbaree, 1990b; Marshall *et al.*, 1991c; Marshall *et al.*, 1991d), y también hemos evaluado nuestros propios programas (Marshall y Barbaree, 1988a, 1988b; Marshall *et al.*, 1991b). La literatura no proporciona una demostración clara y científicamente adecuada de la eficacia de los programas cognitivo-conductuales para los delincuentes sexuales, aunque estamos firmemente convencidos de que las pruebas son alentadoras y hemos presentado refutaciones (Marshall y Pithers, 1994) a las conclusiones pesimistas de otros autores (p. ej., Furby, Wienrott y Blackshaw, 1989; Quinsey *et al.*, 1993).

Obviamente, necesitamos más evaluaciones de los resultados del tratamiento y se requiere que la investigación futura tenga un nivel de sofisticación metodológica tan elevado como sea posible, teniendo en cuenta las limitaciones inherentes a vérselas con los delincuentes sexuales. El camino principal para lograr esto es que los gobiernos apoyen, a lo largo de un amplio período de tiempo, la puesta en práctica y evaluación de programas de tratamiento.

IV. CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

Aunque la literatura revisada en este capítulo se ha interesado principalmente por el tratamiento de hombres delincuentes sexuales adultos, se ha producido recientemente un aumento de la atención hacia los delincuentes juveniles (Barbaree, Marshall y Hudson, 1993; Ryan y Lane, 1991) y hacia las mujeres delincuentes (Knopp y Lackey, 1987; Mathews, Mathews y Speitz, 1989). Aunque existen claras diferencias en las características, y en la respuesta adecuada al tratamiento, de las mujeres y de los jóvenes, la mayoría de las observaciones que se han hecho en este capítulo son también relevantes para estos delincuentes. Sin duda los próximos años proporcionarán informaciones específicas de la literatura para estos pacientes concretos y es probable que suceda lo mismo para otros subgrupos distintos de delincuentes sexuales (p. ej., poblaciones de minorías étnicas y delincuentes con incapacidades).

Como se ha indicado anteriormente, se necesita mucha más investigación para evaluar la eficacia del tratamiento con los delincuentes sexuales y con los sujetos con excentricidades sexuales. Sin embargo, necesitamos conocer más claramente los factores que necesitan abordarse en el tratamiento, si nuestros procedimientos producen los cambios planteados como objetivos, si estos cambios pueden conseguirse por otros aspectos del tratamiento distintos a los componentes diseñados específicamente para producir los cambios planificados y, finalmente, si los cambios alcanzados se relacionan funcionalmente con disminuciones en las recaídas.

Sólo recientemente hemos comenzado el tratamiento sistemático de los de-

lincuentes sexuales, pero creemos que los esfuerzos realizados hasta ahora son lo suficientemente alentadores para ser optimistas sobre los avances futuros. Sin embargo, necesitamos empezar el proceso de identificar las características de los delincuentes que nos dé información sobre el grado de extensión que necesita tener su tratamiento y comenzar a desmontar nuestro proceso de intervención en lo mínimo necesario para reducir el riesgo futuro a un nivel aceptable. Necesitamos economizar sobre el equipo y los recursos de tratamiento, de modo que pueda tratarse a todos los delincuentes sexuales. Actualmente, muchos programas aceptan sólo un pequeño número de delincuentes sexuales de la población total disponible, y estos pacientes pueden ser seleccionados con base en factores que agraden a los terapeutas o satisfagan las posibilidades de los recursos de que se dispongan, en vez de hacerlo según el riesgo que tengan de hacer daño a alguna mujer o a algún niño inocentes.

REFERENCIAS

- Abel, G. G. y Annon, J. S. (1982, abril). *Reducing deviant sexual arousal through satiation*. Taller presentado en la 1st National Conference on the Evaluation and Treatment of Sexual Aggressives, Denver, Co.
- Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittleman, M. S. y Rouleau, J. L. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 16, 153-168.
- Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Rouleau, J. L., Kaplan, M. y Reich, J. (1984). *Treatment manual: The treatment of child molesters*. Atlanta: Emory University School of Medicine, Departamento de Psiquiatría.
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V. y Rathner, J. (1989). The measurement of cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research*, 2, 135-152.
- Abel, G. G., Levis, D. y Clancy, J. (1970). Aversion therapy applied to taped sequences of deviant behavior in exhibitionists and other sexual deviations: Preliminary report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 59-60.
- Abel, G. G., Osborn, C., Anthony, D. y Gardos, P. (1992). Current treatments of paraphiliacs. *Annual Review of Sex Research*, 3, 255-290.
- Alford, G. S., Morin, C., Atkins, M. y Schoen, L. (1987). Masturbatory extinction of deviant sexual arousal: A case study. *Behavior Therapy*, 18, 265-271.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Bancroft, J. (1971). The application of psychophysiological measures to the assessment and modification of sexual behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 119-130.
- Bancroft, J. (1974). *Deviant sexual behaviour: Modification and assessment*. Oxford: Clarendon.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barbaree, H. E. (1990). Stimulus control of sexual arousal: Its role in sexual assault. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.
- Barbaree, H. E. (1991). Denial and minimization among sex offenders: Assessment and treatment. *Forum on Corrections Research*, 3, 30-33.
- Barbaree, H. E. y Marshall, W. L. (1991). The role of male sexual arousal in rape: Six models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 612-630.
- Barbaree, H. E. y Marshall, W. L. (1993). *Sexual preferences of rapists: An analysis of different response patterns*. Manuscrito sin publicar. Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.
- Barbaree, H. E., Marshall, W. L. y Hudson, S. M. (dirs.) (1993). *The juvenile sex offender*. Nueva York: Guilford.
- Barlow, D. H. (1973). Increasing heterosexual responsiveness in the treatment of sexual deviation: A review of the clinical and experimental evidence. *Behavior Therapy*, 4, 655-671.
- Barlow, D. H., Leitenberg, H. y Agras, W. S. (1969). The experimental control of sexual deviation through manipulation of the noxious scene in covert sensitization. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 596-601.
- Blader, J. C. y Marshall, W. L. (1989). Is assessment of sexual arousal in rapists worthwhile? A critique of current methods and the development of a response compatibility approach. *Clinical Psychology Review*, 9, 569-587.
- Bond, I. y Evans, D. (1967). Avoidance therapy: Its use in the cases of underwear fetishism. *Canadian Medical Association Journal*, 96, 1160-1162.
- Bradford, J. M. W. (1990). The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault. Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.
- Bradford, J. M. W. y Pawlak, A. (1993). Double-blind placebo crossover study of cyproterone acetate in the treatment of the paraphilias. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 383-402.
- Brownell, K. D. y Barlow, D. H. (1976). Measurement and treatment of two sexual deviations in one person. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 7, 349-354.
- Bumby, K. y Marshall, W. L. (1994, noviembre). *Loneliness and intimacy dysfunction among incarcerated rapists and child molesters*. Comunicación presentada en la 13th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Francisco.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217-230.
- Cox, D. J. y Daitzman, R. J. (1979). Behavioral theory, research, and treatment of male exhibitionism. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification* (vol. 7). Nueva York: Academic.
- Cox, D. J. y Daitzman, R. J. (dirs.) (1980). *Exhibitionism: Description, assessment, and treatment*. Nueva York: Garland STPM.
- Davies, B. y Morgenstern, F. (1960). A case of cystercosis, temporal lobe epilepsy, and transvestism. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 247-249.
- Davison, G. C. (1968). Elimination of a sadistic fantasy by a client-controlled counter-conditioning technique. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 84-90.
- Davison, G. C. (1977). Homosexuality and the ethics of behavioral intervention: Paper 1. *Journal of Homosexuality*, 2, 195-204.
- Eccles, A., Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1994). Differentiating rapists and non-offenders using the rape index. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 539-546.

- Erwin, E. (1978). *Behavior therapy: Scientific, philosophical and moral foundations*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Eysenck, H. J. y Rachman, S. (1965). *The causes and cures of neurosis*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Feldman, M. P. y MacCulloch, M. J. (1971). *Homosexual behaviour: Therapy and assessment*. Oxford: Pergamon.
- Field, H. S. (1978). Attitudes toward rape: A comparative analysis of police, rapists, crisis counsellors, and citizens. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 156-179.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse. New theory and research*. Nueva York: Free Press.
- Furby, L., Wienrott, M. R. y Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological Bulletin*, 105, 3-30.
- Garlick, Y. (1991). *Intimacy failure, loneliness and the attribution of blame in sexual offending*. Tesis de máster inédita, University of Londres.
- Gaupp, L. A., Stern, R. M. y Ratlieff, R. G. (1971). The use of aversion-relief procedures in the treatment of a case of voyeurism. *Behavior Therapy*, 2, 585-588.
- Gershman, L. (1970). Case conference: A transvestite fantasy treated by thought-stopping, covert sensitization, and aversive shock. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 153-161.
- Hall, G. C. N. y Hirschman, R. (1991). Toward a theory of sexual aggression: A quadripartite model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 622-699.
- Harbert, T. L., Barlow, D. H., Hersen, M. y Austin, J. B. (1974). Measurement and modification of incestuous behavior: A case study. *Psychological Reports*, 34, 79-86.
- Haydn-Smith, P., Marks, I., Buchaya, H. y Repper, D. (1987). Behavioural treatment of life-threatening masochistic asphyxiation: A case study. *British Journal of Psychiatry*, 150, 518-519.
- Hogan, R. (1969). Development of an empathy scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 307-316.
- Howells, K. (1978). Some meanings of children for pedophiles. En M. Cook y G. Wilson (dirs.), *Love and attraction*. Londres: Pergamon.
- Hudson, S. M., Marshall, W. L., Johnston, P., Ward, T. y Jones, R. L. (en prensa). Kia Marama: A cognitive behavioural programme for incarcerated child molesters. *Behaviour Change*.
- Hudson, S. M., Marshall, W. L., Wales, D., McDonald, E., Bakker, L. W. y McLean, A. (1993). Emotional recognition skills of sex offenders. *Annals of Sex Research*, 6, 199-211.
- Hudson, S. M., Ward, T. y Marshall, W. L. (1994). *Attachment style in sex offenders: A preliminary study*. Enviada para revisión.
- Johnston, P., Hudson, S. M. y Marshall, W. L. (1992). The effects of masturbatory reconditioning with nonfamilial child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 559-561.
- Kilmann, P. R., Wanlass, R. L., Sabalis, R. F. y Sullivan, B. (1981). Sex education: A review of its effects. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 177-205.
- Knopp, F. H. y Lackey, L. B. (1987). *Female sexual abusers: A summary of data from forty-four treatment providers*. Orwell, Vt: Safer Society Press.
- Knopp, F. H., Freeman-Longo, R. E. y Stevenson, W. (1992). *Nationwide survey of juvenile and adult sex-offender treatment programs*. Orwell, Vt: Safer Society Press.
- Kolvin, I. (1967). "Aversive imagery" treatment in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 5, 245-248.

- Laws, D. R. (dir.) (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford.
- Laws, D. R. y Marshall, W. L. (1991). Masturbatory reconditioning: An evaluative review. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 13, 13-25.
- Laws, D. R., Meyer, J. y Holmen, M. L. (1978). Reduction of sadistic sexual arousal by olfactory aversion. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 281-285.
- Malamuth, N. M. (1981). Rape proclivity among males. *Journal of Social Issues*, 37, 138-157.
- Maletzky, B. M. (1991). *Treating the sexual offender*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Marks, I. M. y Gelder, M. G. (1967). Transvestism and fetishism: Clinical and psychological changes during faradic aversion. *British Journal of Psychiatry*, 113, 711-729.
- Marks, I. M., Gelder, M. G. y Bancroft, J. (1970). Sexual deviants two years after electric aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 173-185.
- Marks, I. M., Rachman, S. y Gelder, M. G. (1965). Methods for assessment of aversion treatment in fetishism with masochism. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 253-258.
- Marlatt, G. A. (1982). Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors. En R. B. Stuart (dir.), *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. y George, W. H. (1984). Relapse prevention: Introduction and overview of the model. *British Journal of Addiction*, 79, 261-273.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford.
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C. y Miner, M. H. (1989). The Sex Offender Treatment and Evaluation Project: California relapse prevention program. En D. R. Laws (dir.), *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford.
- Marquis, J. (1970). Orgasmic reconditioning: Changing sexual object choice through controlling masturbatory fantasies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 263-271.
- Marshall, W. L. (1971). A combined treatment method for certain sexual deviations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 292-294.
- Marshall, W. L. (1973). The modification of sexual fantasies: A combined treatment approach to the reduction of deviant sexual behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 557-564.
- Marshall, W. L. (1979). Satiation therapy: A procedure for reducing deviant sexual arousal. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 12, 10-22.
- Marshall, W. L. (1989). Invited essay: Intimacy, loneliness and sexual offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 491-503.
- Marshall, W. L. (1993a). A revised approach to the treatment of men who sexually assault adult females. En G. C. N. Hall, R. Hirschman, J. R. Graham y M. S. Zaragoza (dirs.), *Sexual aggression: Issues in etiology, assessment and treatment*. Bristol, Pa: Taylor and Francis.
- Marshall, W. L. (1993b). The role of attachment, intimacy, and loneliness in the etiology and maintenance of sexual offending. *Sexual and Marital Therapy*, 8, 109-121.
- Marshall, W. L. (1994a). The perpetrator of child sexual abuse. En J. W. W. Neely y S. J. Harper (dirs.), *Civil action for childhood sexual abuse*. Toronto: Butterworths.
- Marshall, W. L. (1994b). Treatment effects on denial and minimization in incarcerated sex offenders. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 559-564.
- Marshall, W. L. (1994c). Pauvreté de liens d'attachement et déficiences dans les rapports intimes chez les agresseurs sexuels. *Criminologie*, XXVII, 55-69.
- Marshall, W. L. (noviembre de 1994d). *Treatment of intimacy deficits*. Comunicación presentada en la 13th Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Treatment of Sexual Abusers, San Francisco.

- Marshall, W. L. (en prensa a). Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders: Developments over the past 20 years and future developments. *Criminal Justice and Behavior*.
- Marshall, W. L. (en prensa b). The treatment of sex offenders: Outcome data from a community clinic. En R. R. Ross, D. H. Antonowicz y G. K. Dhaliwal (dirs.), *Effective delinquency prevention and offender rehabilitation*. Ottawa: Centre for Cognitive Development.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1988a). An outpatient treatment program for child molesters: Description and tentative outcome. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 205-214.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1988b). The long-term evaluation of a behavioral treatment program for child molesters. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 499-511.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1990a). An integrated theory of sexual offending. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.
- Marshall, W. L. y Barbaree, H. E. (1990b). Outcome of comprehensive cognitive-behavioral treatment programs. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E. y Butt, J. (1988). Sexual offenders against male children: Sexual preferences. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 383-391.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E. y Christophe, D. (1986). Sexual offenders against female children: Sexual preferences for age of victims and type of behavior. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 18, 424-439.
- Marshall, W. L., Barbaree, H. E. y Eccles, A. (1991a). Early onset and deviant sexuality in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 323-336.
- Marshall, W. L. y Christie, M. M. (1982). The enhancement of social self-esteem. *Canadian Counsellor*, 16, 82-89.
- Marshall, W. L., Earis, C. M., Segal, Z. V. y Darke, J. (1983). A behavioral program for the assessment and treatment of sexual aggressors. En K. Craig y R. McMahon (dirs.), *Advances in clinical behavior therapy*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Marshall, W. L. y Eccles, A. (1991). Issues in clinical practice with sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 68-93.
- Marshall, W. L. y Eccles, A. (1993). Pavlovian conditioning processes in adolescent sex offenders. En H. E. Barbaree, W. L. Marshall y S. M. Hudson (dirs.), *The juvenile sex offender*. Nueva York: Guilford.
- Marshall, W. L. y Eccles, A. (en prensa). Sexual offenders: A treatment manual. En V. M. B. van Hasselt y M. Hersen (dirs.), *Sourcebook of psychological treatment manuals for adult disorders*. Nueva York: Plenum.
- Marshall, W. L., Eccles, A. y Barbaree, H. E. (1991b). Treatment of exhibitionists: A focus on sexual deviance versus cognitive and relationship features. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 129-135.
- Marshall, W. L., Eccles, A. y Barbaree, H. E. (1993). A three-tiered approach to the rehabilitation of incarcerated sex offenders. *Behavioral Sciences and the Law*, 11, 441-455.
- Marshall, W. L., Fernández, Y. M., Lightbody, S. y O'Sullivan, C. (1994). *Victim specific empathy in child molesters*. Manuscrito sin publicar, Queen's University, Kingston, Ontario, Canadá.
- Marshall, W. L. y Hambley, L. S. (1994). *Intimacy and loneliness, and their relationship to rape myth acceptance and hostility toward women among rapists*. Enviado para revisión.

- Marshall, W. L., Hudson, S. M. y Hodgkinson, S. (1993). The importance of attachment bonds in the development of juvenile sex offending. En H. E. Barbaree, W. L. Marshall y S. M. Hudson (dirs.), *The juvenile sex offender*. Nueva York: Guilford.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M., Jones, R. y Fernández, Y. M. (1995). Empathy in sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 15, 99-113.
- Marshall, W. L., Hudson, S. M. y Ward, T. (1992). Sexual deviance. En P. Wilson (dir.), *Principles and practice of relapse prevention*. Nueva York: Guilford.
- Marshall, W. L., Jones, R., Hudson, S. M. y McDonald, E. (1993). Generalized empathy in child molesters. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2, 61-68.
- Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T., Johnston, P. y Barbaree, H. E. (1991c). Treatment outcome with sex offenders. *Clinical Psychology Review*, 11, 465-485.
- Marshall, W. L. y Lippens, K. (1977). The clinical value of boredom: A procedure for reducing inappropriate sexual interests. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 165, 283-287.
- Marshall, W. L. y McKnight, R. D. (1975). An integrated treatment program for sexual offenders. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 20, 133-138.
- Marshall, W. L., O'Sullivan, C. y Fernández, Y. M. (en prensa). The enhancement of victim empathy among incarcerated child molesters. *Legal and Criminological Psychology*.
- Marshall, W. L. y Pithers, W. D. (1994). A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 10-27.
- Marshall, W. L., Ward, T., Jones, R., Johnston, P. y Barbaree, H. E. (1991d). An optimistic evaluation of treatment outcome with sex offenders. *Violence Update*, marzo, 1-8.
- Marshall, W. L. y Williams, S. (1975). A behavioral approach to the modification of rape. *Quarterly Bulletin of the British Association for Behavioural Psychotherapy*, 4, 78.
- Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Mathews, R., Mathews, J. y Speitz, K. (1989). *Female sexual offenders — An exploratory study*. Orwell, Vt: Safer Society Press.
- McConaghy, N. (1993). *Sexual behavior: Problems and management*. Nueva York: Plenum.
- McGuire, R. J., Carlisle, J. M. y Young, B. G. (1963). Sexual deviations as conditioned behaviour: A hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 185-190.
- McGuire, R. J. y Vallance, M. (1964). Aversion therapy by electric shock: A simple technique. *British Medical Journal*, 1, 151-152.
- Mees, H. L. (1966). Sadistic fantasies modified by aversion conditioning and substitution: A case study. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 317-320.
- Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 525-543.
- Morgenstern, F. S., Pearce, J. P. y Rees, W. L. (1965). Predicting the outcome of behaviour therapy by psychological tests. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 253-258.
- Murphy, W. D. (1990). Assessment and modification of cognitive distortions in sex offenders. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.
- O'Donohue, W. y Plaud, J. J. (1994). The conditioning of human sexual arousal. *Archives of Sexual Behavior*, 23, 321-344.
- Pearson, H. J., Marshall, W. L., Barbaree, H. E. y Southmayd, S. (1992). Treatment of a compulsive paraphiliac with buspirone. *Annals of Sex Research*, 5, 239-246.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressors: A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. En W. L. Marshall, D. R.

- Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.
- Pithers, W. D. (1994). Process evaluation of a group therapy component designed to enhance sex offenders' empathy for sexual abuse survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 565-570.
- Pithers, W. D., Beal, L. S., Armstrong, J. y Petty, J. (1989). Identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. En D. R. Laws (dir.), *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford.
- Pithers, W. D., Buell, M. M., Kashima, K., Cumming, G. y Beal, L. (mayo, 1987). *Precursors to relapse of sexual offenders*. Comunicación presentada en la 3rd Annual Research and Treatment Conference of the Association for the Behavioral Treatment of Sexual Abusers. Newport, Oregon.
- Pithers, W. D., Martin, G. R. y Cumming, G. F. (1989). Vermont Treatment Program for Sexual Aggressors. En D. R. Laws (dir.), *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford.
- Pithers, W. D., Marques, J. K., Gibat, C. C. y Marlatt, G. A. (1983). Relapse prevention with sexual aggressives: A self-control model of treatment and maintenance of change. En J. G. Greer y I. R. Stuart (dirs.), *The sexual aggressor: Current perspectives on treatment*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Quinsey, V. L., Bergersen, S. G. y Steinman, C. M. (1976). Changes in physiological and verbal responses of child molesters during aversion therapy. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 8, 202-212.
- Quinsey, V. L. y Earls, C. M. (1990). The modification of sexual preferences. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum Press.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E. y Lalumière, M. L. (1993). Assessing treatment efficacy in outcome studies of sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 8, 512-523.
- Rapaport, K. y Burkhart, B. R. (1984). Personality and attitudinal characteristics of sexually coercive college males. *Journal of Abnormal Psychology*, 93, 216-221.
- Raymond, M. (1956). Case of fetishism treated by aversion therapy. *British Medical Journal*, 2, 854-856.
- Rice, M. E., Chaplin, T. E., Harris, G. T. y Coutts, J. (1990). *Empathy for the victim and sexual arousal among rapists*. Penetanguishene Mental Health Centre, Research Report No. 7.
- Rice, M. E., Quinsey, V. L. y Harris, G. T. (1991). Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 381-386.
- Ryan, G. D. y Lane, S. L. (1991). *Juvenile sexual offending: Causes, consequences and correction*. Lexington, Ma: Lexington Books.
- Scully, D. y Marolla, J. (1983). *Incarcerated rapists: Exploring a sociological model*. Bethesda, Md.: National Rape Center, National Institute of Mental Health.
- Scully, D. y Marolla, J. (1984). Convicted rapists' vocabulary of motive. *Social Problems*, 31, 530-554.
- Seidman, B. T., Marshall, W. L., Hudson, S. M. y Robertson, P. J. (1994). An examination of intimacy and loneliness in sex offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 9, 518-534.
- Seto, M. C. (1992). *Victim blame, empathy, and disinhibition of sexual arousal to rape in community males and incarcerated rapists*. Tesis de máster sin publicar, Queen's University, Kingston, Ontario.

- Stermac, L. E. y Segal, Z. V. (1989). Adult sexual contact with children: An examination of cognitive factors. *Behavior Therapy*, 20, 573-584.
- Stermac, L. E., Segal, Z. V. y Gillis, R. (1990). Social and cultural factors in sexual assault. En W. L. Marshall, D. R. Laws y H. E. Barbaree (dirs.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.
- Symons, D. (1979). *The evolution of human sexuality*. Oxford: Oxford University Press.
- Tieger, T. (1981). Self-reported likelihood of raping and the social perception of rape. *Journal of Research in Personality*, 15, 147-158.
- Thorpe, J. G., Schmidt, E. y Castell, D. A. (1963). A comparison of positive and negative (aversive) conditioning in the treatment of homosexuality. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 357-362.
- Travin, S. y Protter, B. (1993). *Sexual perversion: Integrative treatment approaches for the clinician*. Nueva York: Plenum.
- Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L. y Siegert, R. (en prensa). Attachment style and intimacy deficits in sex offenders: A theoretical framework. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*.
- Wijesinghe, B. (1977). Massed aversion treatment of sexual deviance. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 8, 135-137.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Barbaree, H. E., Marshall, W. L. y Hudson, S. M. (dirs.) (1993). *The juvenile sex offender*. Nueva York: Guilford.
- Hall, G. C. N., Hirschman, R., Graham, J. R. y Zaragoza, M. S. (dirs.) (1993). *Sexual aggression: Issues in etiology, assessment and treatment*. Bristol, Pa: Taylor and Francis.
- Knopp, F. H. y Lackey, L. B. (1987). *Female sexual abusers: A summary of data from forty-four treatment providers*. Orwell, Vt: Safer Society Press.
- Laws, D. R. (dir.) (1989). *Relapse prevention with sex offenders*. Nueva York: Guilford.
- Maletzky, B. M. (1991). *Treating the sexual offender*. Newbury Park, Ca: Sage.
- Marshall, W. L., Laws, D. R. y Barbaree, H. E. (dirs.) (1990). *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. Nueva York: Plenum.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

11. UN MODELO DE TERAPIA COGNITIVA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISOCIATIVO DE IDENTIDAD Y DE PROBLEMAS SIMILARES

CATHERINE G. FINE

1. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Disociativo de Identidad (TDI), aunque conocido desde la época de Paracelso (siglo XVI) (Bliss, 1986; Kluft, 1991), es la etiqueta más reciente de un síndrome psiquiátrico propuesta por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994), síndrome cuyo reconocimiento ha aparecido y desaparecido más en función del *Zeitgeist* sociorreligioso y sociopsicológico que dominaba la época que de las fluctuaciones o variaciones reales del mismo trastorno. Constituye el trastorno disociativo paradigmático y representa la adaptación más extrema del estrés postraumático de aparición en la infancia. Por consiguiente, el comprender cómo plantear la terapia y cómo anticipar y superar los obstáculos del tratamiento para el TDI puede servir como referente para el tratamiento, no sólo de éste, sino también de todos los otros problemas disociativos relacionados.

El TDI se considera una psicopatología crónica, compleja, que se acompaña de perturbaciones de la identidad y de la memoria (Kluft, 1991; Nemiah, 1991). Se considera que los pacientes con un TDI se enfrentan a un trastorno de la realidad múltiple (Kluft, 1991); suelen vivir y funcionar con niveles de implicación hipnótica que fluctúan y alternan (a veces rápidamente) en realidades internas y externas. Por consiguiente, la terapia para el TDI tiene que incorporar la provocación de un cuidadoso desequilibrio entre los sentimientos y los pensamientos establecidos y una frecuente reestabilización. La tarea del terapeuta es sacar a la superficie lo que estaba oculto (es decir, las otras realidades, los otros estados del yo, las otras personalidades con sus experiencias correspondientes) y ayudar al paciente como un todo a reconocer, metabolizar y reabsorber por medio de la abreacción y posterior procesamiento, las experiencias contenidas en las otras personalidades, en estados distintos del yo o en realidades alternas. Una terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del TDI consiste en un amplio modelo integrador (Fine, 1991, 1992, 1993, 1996) que satisface los requisitos de exploración y estabilización para el tratamiento.

II. EL MODELO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISOCIATIVO DE IDENTIDAD: PRINCIPIOS, OBJETIVOS Y ESTRUCTURA

Un modelo cognitivo-conductual para el tratamiento del TDI fomenta una terapia más estructurada, menos caótica, en la que se favorece la seguridad, la predecibilidad y la consistencia. La terapia cognitiva en el tratamiento del TDI se basa en un modelo experimental y comprueba los pensamientos establecidos de las distintas personalidades o estados del yo, así como los del paciente como un todo. Es un modelo de terapia sensible a las contingencias de refuerzo presentadas por el terapeuta y por otros miembros de la realidad externa del paciente, pero que también responde a los paradigmas de aprendizaje de las realidades internalizadas del pasado bajo la influencia de los distintos estados del yo que pueden ejercer impacto unos sobre otros por medio de la influencia pasiva (Kluft, 1991).

Este modelo de terapia cognitivo-conductual (TCC) se basa en el modelo cognitivo del trastorno emocional (Beck, 1976), que afirma que el modo de pensar de un individuo va a influir en cómo se siente. Las personas con un TDI generalmente se sitúan a sí mismas en uno de los extremos de un continuo afectivamente desvirtuado e informan que sus sentimientos se encuentran fuera de control o que tienen pocos sentimientos. Por consiguiente, cuando se trata al TDI, el 1) darse cuenta de las incongruencias cognitivas/perceptivas/afectivas/conductuales, 2) etiquetarlas y 3) modificar sus cogniciones disfuncionales, constituye el comienzo de la corrección de esa parte de conceptos distorsionados de la mente y de esquemas disfuncionales. Estas distorsiones se encuentran en la raíz de los afectos, de base traumática, no cuestionados, que frecuentemente continúan determinando la visión del mundo y dirigiendo las conductas de la gente con un TDI.

II.1. Principios de la terapia cognitiva: su aplicación al trastorno disociativo de identidad

Aunque generalmente se considera que la terapia cognitiva tradicional desarrollada para los sujetos sin un TDI se lleva a cabo a lo largo de un período de tiempo limitado, es decir, psicoterapia breve que gira en torno a la eliminación de los síntomas por medio del cambio cognitivo, la terapia cognitiva de un paciente con un TDI puede conceptualizarse mejor como una serie de terapias cognitivo-conductuales, de tiempo limitado, que repiten el tratamiento a lo largo de todos los estados del yo, de todas las realidades internas, de todos los temas y de todos los afectos (Fine, 1991, 1992, 1996). El cuestionamiento de las distorsiones cognitivas de base traumática y las perturbaciones de los esquemas cognitivos con esa misma base necesitan redirigir las distintas partes de la mente hacia la realidad externa actual, sea agradable o desagradable.

Un terapeuta interactivo con límites claros ayudará al paciente con un TDI a negociar mejor las etapas iniciales de la terapia, que pueden estar repletas de ma-

nifestaciones emocionales que reflejan situaciones tempranas. Además, la estructura de la TCC y la colaboración dirigida por el terapeuta crean un ambiente de consistencia, predecibilidad y seguridad para el paciente. Además, la TCC fomenta el empleo del método socrático para la solución de problemas, al hacer el terapeuta preguntas sensatas a cada estado del yo o sobre cada uno de esos estados. Esta cualidad de solución de problemas de la TCC facilita y fortalece la colaboración terapéutica, ayuda a dejar al descubierto los esquemas representativos que subyacen al sistema de creencias de los estados de cada yo y revela sus funciones original y actual en el sistema de partes de la mente. Acercarse al paciente desde una posición psicoeducativa fomenta su sensación de autoeficacia y autodominio conforme el terapeuta le enseña qué estrategias usar y cómo hacerlos (Fine, 1996).

II.2. Principios de tratamiento para los pacientes con un TDI

Hay dos formas, que no se excluyen entre sí, de explicar los objetivos del tratamiento a los pacientes con un TDI: 1) lograr la congruencia del propósito y la motivación de las diferentes partes de la mente (Kluft, 1985); y 2) experimentar la integridad de los acontecimientos y la continuidad de la historia a lo largo del tiempo utilizando como referente el modelo de Braun sobre la disociación (Fine, 1990, 1991, 1992). Esta última conceptualización es la que se examinará aquí.

El modelo BASK (conducta [*Behavior*], afecto [*Afect*], sensación [*Sensation*], conocimiento [*Knowledge*]) sobre disociación de Braun (1988) está en sincronía conceptual con el enfoque de la TCC. Afirma que la gente, cuando se encuentra en un estado no disociativo, experimenta acontecimientos casi de forma simultánea a lo largo de cuatro dimensiones: tienen *conocimiento* de los sucesos, pueden asociar *conductas* a esos sucesos, tienen *sensaciones* que se extienden a todos los receptores sensoriales durante dichos sucesos y sienten también *afectos*. En la gente que se encuentra en un estado disociado, algunas o todas estas interconexiones pueden estar total o parcialmente cortadas y, aparentemente, recombinadas caprichosamente (Fine, 1990). El objetivo del tratamiento para los pacientes con un TDI consiste en reconectar las cuatro dimensiones del modelo BASK para cada acontecimiento y luego organizar los sucesos BASK, las experiencias de la vida, a lo largo de un continuo temporal, para que el paciente pueda darle sentido a su vida. El objetivo de tratamiento propuesto, siguiendo el modelo BASK, ayuda a los pacientes a renegociar sus múltiples realidades y a trasladarse desde una vida necesariamente descontextualizada a una que se está integrando progresivamente.

II.3. Estructura global de tratamiento para el paciente con un TDI

El modelo de integración táctica propuesto por Fine (1991, 1992, 1993, 1996) tiene en cuenta las luchas afectivas, cognitivas y perceptivas de los pacientes con

un TDI. Estos pacientes se enfrentan tradicionalmente a la sensación de pérdida de control y de vulnerabilidad. La perspectiva de la integración táctica se centra en establecer una base cognitiva corregida, cada vez más estable, antes de que el paciente sienta los afectos relativos al trauma con algún grado de integración. En pocas palabras, el modelo de integración táctica ayuda al paciente con un TDI a desarrollar tolerancia al afecto antes de realizar un trabajo abreactivo relativo a sus experiencias. Estas experiencias incluyen no sólo sucesos traumáticos pasados encerrados a menudo en estados separados del yo, sino también sus conflictos actuales cotidianos en los que niveles normales de estrés se perciben e interpretan de un modo extremo y paralizante. Por consiguiente, el modelo de integración táctica para el tratamiento del TDI fomentará la reconexión, la unión y el procesamiento de las experiencias disociadas de la vida del paciente, sean experiencias del pasado o sean luchas continuas de la vida cotidiana actual del mismo.

II.4 *El modelo de tratamiento cognitivo y sus supuestos*

El modelo de Fine (1991, 1992, 1993) es un modelo orientado hacia la integración física, en donde a la supresión inicial de la fase de afecto le sigue la disolución del mismo. En la supresión de la fase de afecto, el paciente aprende a darse cuenta de qué pensamientos, sensaciones y "afectos incompletos" surgen tanto en la vida diaria como en las sesiones de terapia. Una vez que se encuentran implicados activamente en la terapia una serie de estados del yo, que se establece la colaboración de trabajo y que se encuentra en proceso la fase de estabilización cognitiva, puede empezar la disolución de la etapa de afecto. Esta segunda fase se centra en incorporar a la narración del paciente (es decir, a las experiencias de las que informa el sujeto) otras dimensiones BASK; estas dimensiones recibirán impulso especialmente de las áreas afectiva y sensorial.

II.4.1. *La etapa de la supresión del afecto*

El presente modelo favorece la supresión inicial del afecto a lo largo de la mayoría de los estados del yo en un momento en que el afecto es generalmente abrumador e inmanejable. Las amplias y completas intervenciones cognitivas ayudan al paciente a centrarse en algo distinto al afecto. Las decisiones impulsadas por el afecto pueden ser muy apremiantes; sin embargo, estos afectos estarían propulsados por pensamientos distorsionados provenientes del pasado. Puede que se necesiten examinar los fundamentos cognitivos, de base traumática, del paciente con un TDI antes de confiar en las decisiones basadas en los sentimientos. Es precisamente en la fase de supresión del afecto donde empiezan a identificarse las personalidades o a conocerse los distintos estados del yo y donde tiene lugar gran parte de la reestructuración cognitiva (Fine, 1991). En esta fase, el paciente aprende las reglas explícitas e implícitas del tratamiento, comprueba los límites y se familiariza con las consecuencias por las violaciones de los límites. En la fase de la supresión del afecto,

la seguridad, la predecibilidad y la consistencia empiezan a solidificarse para una serie de personalidades/estados del yo, dentro de uno de los sistemas de la mente. El paciente aprende nuevas formas de abordar viejos problemas y cada vez se familiariza más con las intervenciones hipnoterapéuticas dirigidas hacia la seguridad, la modulación del afecto y la reconfiguración de partes para facilitar el funcionamiento en el mundo. El paciente aprende también estrategias que le ayudarán a vérselas con el afecto intenso. El terapeuta introducirá en esta fase de tratamiento las intervenciones para el fortalecimiento del yo.

II.4.2. *La etapa de la disolución del afecto*

Una vez que el paciente ha empezado a desaprender viejos patrones y a reaprender otros actualmente más adaptativos, el terapeuta introducirá el trabajo abreactivo. Este trabajo se hará poco a poco y diluirá la intensidad del afecto sin modificar el contenido de la experiencia del paciente. El afecto se aborda con precaución y destreza. Alrededor de grupos de estados del yo se organiza un método de aproximaciones sucesivas que incluye la desensibilización sistemática ante afectos abrumadores, prefiriéndose abreacciones fraccionadas a las totales. Al final, el afecto se extiende a grupos de estados del yo cada vez menos similares y tiene lugar la generalización. Hay partes de la mente que se integran casi espontáneamente conforme sus BASKs se hacen cada vez más parecidos. El desarrollo de la terapia, secuenciado de esta manera, hace que la mayoría de los pacientes con un trastorno disociativo completen la integración independientemente del contenido de sus experiencias. Y, por supuesto, se encuentra implicado en este modelo (donde la contención y secuenciación del afecto conlleva una serie de estados del yo) que el paciente como un todo y todas las partes de la mente adquieran responsabilidad en el trabajo. Los límites de la terapia, la estructuración del trabajo, las aclaraciones y los enfrentamientos tratan de dar a conocer aspectos que permitan que los pacientes integren y funcionen como un todo, en vez de como múltiples realidades.

II.5. *El papel de las intervenciones cognitivas*

Se pueden adaptar técnicas cognitivas ya establecidas para trabajar con pacientes que sufren un trastorno disociativo, con el fin de ayudarles a recuperar y asimilar sentimientos y pensamientos anteriormente disociados. Estas intervenciones cognitivas se presentan bajo una atmósfera de seguridad y predecibilidad, en donde el terapeuta cognitivo enseña, por medio del modelado, un modelo experimental para comprobar la hipótesis de la validez de las creencias establecidas (Fine, 1988b, 1991, 1996). Con el fin de aumentar la eficacia de las intervenciones cognitivas, los terapeutas tienen que conservar dentro de ellos mismos una imagen general de los mundos afectivo-cognitivos de los supervivientes al trauma; tienen que ser empáticos con, y estar en la misma onda que, el paciente específico con el fin de adaptar y personalizar sus comentarios.

II.5.1. Las realidades afectivas del paciente con un trastorno disociativo

Aunque es innegable que el temperamento de una persona en el nacimiento determinará su capacidad para negociar el afecto (Kagan y Snidman, 1991), es igualmente irrefutable que el sobrepasar la capacidad afectiva de un niño perturbe probablemente la regulación del afecto de distintas formas.

a. *El afecto en el niño traumatizado*

La etiología del TDI indica que uno de los factores predisponentes del desarrollo de un TDI es la presencia en el ambiente del niño de acontecimientos que sobrepasan las capacidades no disociativas adaptativas y defensivas del niño (Kluft, 1984). El trauma impide el desarrollo normal del niño (Fish-Murray, Koby y Van der Kolk, 1987; Kagan y Snidman, 1991) y necesita de un modo adaptativo afectivo que es traumatogénico. La exposición prolongada al estrés, si es lo suficientemente intensa o prolongada, tendrá efectos duraderos sobre el sistema nervioso del niño en desarrollo (Van der Kolk, 1987) y, por consiguiente, tendrá un impacto sobre los mundos afectivo y cognitivo del niño y su evolución (Fish-Murray *et al.*, 1987; Fine, 1990). Es probable que la exposición al trauma introduzca en el niño un punto de vista distorsionado sobre el mundo. El niño que ha sufrido abusos entenderá, interpretará y responderá al ambiente como si el abuso estuviera sucediendo o fuera inminente (Fine, 1990).

b. *El afecto en el adulto traumatizado*

Es posible que los adultos con un TDI sean escasamente expertos para disfrazar un punto de vista sobre el mundo similar al del niño; por el contrario, suelen mantener esquemas de abuso que reflejan la historia del trauma. Dichos traumas convierten al paciente adulto con un TDI en inflexibles y desconfiados sobre su entorno y sobre la gente que puebla su mundo. Sus *Esquemas desadaptativos tempranos* («Early Maladaptive Schemas», EMS; Young, 1990) pueden llevarles a que presenten elementos paranoides, controladores y, a veces, manipuladores en las interacciones diádicas. Parece que luchan no sólo en la dimensión control-descontrol, sino también en la de dependencia-independencia con los terapeutas que interactúan con ellos y que se dan cuenta, a un nivel consciente o subconsciente, del brillante potencial del paciente con un TDI.

Esta empática armonía del terapeuta con el paciente o la fluidez de este último con la identificación proyectiva, es lo que a veces contribuye a una calidad límite del trabajo dentro del campo del TDI. Esta inestabilidad afectiva subyacente, mezclada con una rigidez cognitiva, impide que muchos terapeutas novatos que trabajan en el campo del TDI lleven a cabo aclaraciones y enfrentamientos apropiados con sus pacientes. La tormenta afectiva que pende en el aire o el derrumbamiento inminente del paciente están siempre presentes porque el afecto asociado con el trauma puede estar presente incluso antes de que el trauma mismo se conozca de forma consciente por la díada paciente/terapeuta. Puede

también destacar por su ausencia, pero, aun así, planear sobre la díada de tratamiento, donde el terapeuta se da cuenta de la disonancia entre lo que dice el paciente y lo apartado que está cuando lo dice. O bien el afecto puede conllevar un amplio abanico de síntomas del trastorno por estrés postraumático, aparentemente incontrolables, que necesariamente tendrán atención prioritaria para asegurarse el funcionamiento diario del paciente.

Los terapeutas eficaces se darán cuenta de sus reacciones de contratransferencia y actuarán prudentemente pero en consistencia con un modelo compensatorio de la responsabilidad terapéutica (Fine, 1996), donde la proyección es rápidamente afrontada y el paciente aprende a formular y a reconocer sus problemas y las soluciones a los mismos.

II.5.2. Las realidades cognitivas y el trabajo cognitivo con el paciente con un trastorno disociativo e identidad

Fine (1990, 1991, 1992) ha descrito en otros lugares cómo llevar a cabo la reestructuración cognitiva con pacientes que sufren un TDI, prestando atención a los patrones de habla y pensamiento de los sujetos. La reestructuración cognitiva exige que el paciente/estado del yo, 1) busque pruebas que apoyen una creencia una vez que se ha descrito, 2) busque explicaciones alternativas, de la creencia planteada, obtenidas por medio de la exploración directa y/o el cuestionamiento o sondeando las opiniones de los otros estados del yo. Por consiguiente, es esencial para el terapeuta guiar a los pacientes con un TDI para que se den cuenta de los pensamientos que pasan por sus cabezas, tomando nota del hecho de que pueden provenir de distintos estados del yo.

La atención a estas cogniciones, 1) ayuda a centrarse a los pacientes con un TDI, 2) aminora la velocidad de su pensamiento, 3) aumenta su capacidad para darse cuenta de lo que está pasando por su cabeza, 4) facilita la discriminación de aquellos pensamientos que siente como suyos de otros pensamientos que pertenecen a estados del yo distintos y, a veces, no reconocidos como propios, 5) ayuda en la formación de una base de datos sobre la que puede producirse la comprobación de la realidad. Estas cogniciones pueden considerarse como hipótesis "a ser comprobadas", que serían expuestas a las estrategias de la terapia cognitiva como a) la comprobación por un observador externo, y b) el trabajo de reatribución (Fine, 1992). Esta autora ha señalado la importancia de ayudar al paciente con un TDI a buscar explicaciones alternativas para sus pensamientos, en vez de dejar que asuma que los pensamientos enraizados en los traumas de la infancia continúan siendo válidos.

Se buscan explicaciones alternativas para cogniciones mantenidas con firmeza, haciendo que el paciente con un TDI considere, junto con el terapeuta, cómo entendería un observador externo la opinión manifestada. Si hay acuerdo entre lo que pensaría un observador externo y el paciente o la personalidad correspondiente o el estado del yo dentro del sistema, es más probable que se mantenga la cognición/creencia; por otra parte, si hay una discrepancia entre estos puntos de vista, entonces es adecuado que el pensamiento o la creencia sea revisado, permiti-

tiendo una reatribución apropiada. Se considera que en tanto en cuanto el terapeuta fomente la sustitución apropiada por atribuciones correctas, se rectificaran las autoatribuciones negativas de los pacientes y sus puntos de vista desequilibrados sobre el mundo. Estas intervenciones cognitivas constituyen un precursor de la correcta recontextualización temática de los pacientes con un TDI.

Fine (1988a, 1992) recomienda también abordar lo que los pacientes dicen y lo que no dicen por medio de la observación de las distorsiones cognitivas preferidas y utilizadas en exceso. Las distorsiones cognitivas del paciente con un trastorno disociativo se solapan con las distorsiones encontradas en los grupos depresivos (Fine, 1992), excepto en lo referente a que en el individuo con un trastorno disociativo las distorsiones están más firmemente establecidas; esto se debe, aparentemente, a que se encuentran más aisladas de posibles revisiones y correcciones debido a las barreras disociativas y/o amnésicas entre las distintas partes de la mente. Dichas distorsiones poseen frecuentemente la cualidad de ser ideas delirantes y déficit perceptivos profundamente enraizados, en vez de tratarse de un simple tipo de pensamiento erróneo.

Estas cogniciones deformadas forman la base de la realidad cognitiva de los pacientes con un TDI y provienen de un procesamiento erróneo de la información, similar a las variedades descritas por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979). Determinantes comunes del pensamiento, que se encuentran extendidos en este grupo de pacientes (Fine, 1988a, 1992), son: 1) el pensamiento dicotómico, 2) la abstracción selectiva, 3) la inferencia arbitraria, 4) la sobregeneralización, 5) el catastrofismo, 6) la distorsión del tiempo, 7) la distorsión de la autopercepción, 8) la responsabilidad excesiva, 9) el pensamiento circular y 10) la suposición errónea de causalidad.

11.5.3. La naturaleza de la experiencia en el paciente con un TDI: lo que el paciente trae al tratamiento

Últimamente, las ideas que rodean a los recuerdos verdaderos y falsos han paralizado a muchos pacientes y terapeutas a la hora de la intervención. Un terapeuta tiene que mantenerse "en su papel"; un terapeuta es un individuo que no estuvo presente en el momento del abuso original, pero que se encuentra comprometido a ayudar al paciente a explorar, comprender, darle sentido a lo que sucedió y luego hacer que el paciente continúe con su vida. El papel del terapeuta no es el de un investigador policiaco, sino el de un investigador psicológico.

Creo que los pacientes con un TDI fueron abrumados afectivamente en la infancia, ya que si fuese de otra manera ¿por qué utilizan la defensa disociativa cuando la simple supresión, formación reactiva o represión habrían bastado? Sin embargo, las experiencias que traen los pacientes con un TDI a la terapia se encuadran en una serie de categorías diferentes, cada una de las cuales necesita explorarse, comprenderse e integrarse en la narración del paciente con un TDI, sin que se las juzgue, y permitiendo la revisión y la corrección hasta el final del tratamiento e incluso posteriormente.

El paciente con un TDI puede aportar a la sesión de terapia material postraumático primario, secundario, fantasías y confabulaciones. No es labor del terapeuta representar el papel de juez sobre qué es qué; no obstante, es beneficiosa una amplia exploración y una adecuada observación. La posición más útil para el paciente con un TDI es que el terapeuta trabaje con las experiencias contadas por los pacientes tal como él las entiende.

El material postraumático primario constituye el trabajo real con los acontecimientos primarios originales que abrumaron al paciente con un TDI. El material postraumático secundario implica trabajar con aquello de lo que se obligó a los pacientes a ser testigos, visual o auditivamente, y que se les dijo que serían los siguientes en sufrirlo. Se supone que esta traumatización secundaria es abusiva y aterradora para el paciente; en el adulto con un TDI, esto a menudo está confuso en el tratamiento. Seguidamente presentamos un ejemplo.

Una paciente de 45 años de edad con un TDI fue traumatizada numerosas veces entre los 4 y los 8 años por un grupo de hombres cuyo líder era un amigo de la familia. Por lo tanto, el abusador/conocido tenía acceso a la paciente con bastante facilidad y tenía también un contacto frecuente con la familia. La naturaleza hiprágica de sus recuerdos, algunos de los cuales se verificaron de forma independiente, ha hecho difícil la terapia, ya que la paciente pensaba que lo había "soñado" o que estaba "mintiendo". Su insistencia en las "mentiras" se entendió mejor cuando trabajando con ella nos dimos cuenta de que este grupo de hombres había abusado terriblemente y había matado animales queños por ella, diciéndola que a ella le sucedería lo mismo si se comportaba mal o incluso a sus padres si se lo decía. A partir de estas amenazas, desarrolló imágenes que incluían a sus padres muertos a puñaladas y destripados (de forma similar a los animales) y las conservaba como imágenes traumáticas. Dado que sus padres actualmente se encuentran vivos y con buena salud, durante mucho tiempo prefirió reprimir todas sus imágenes porque las consideraba confabulaciones. La codificación en su mente de sentimientos e imágenes traumáticas se diferenciaba poco tanto si eran descritos con exactitud como si se trataba de amenazas que hacían que reprimiese muchas de sus experiencias debido a la incongruencia del trastorno por estrés postraumático secundario.

La confabulación es, a menudo, muy relevante en el paciente con un TDI, sintiéndose frecuentemente como un niño obligado a encontrar una explicación para responder satisfactoriamente a un abusador, otra para responder satisfactoriamente al mundo de su entorno y otra para responderse satisfactoriamente a sí mismo. Los adultos con un TDI lo intentan resolver creando significados y buscando la verdad en la intersección de estos paradigmas conflictivos. El papel de la fantasía en el paciente con un TDI, al igual que en el paciente con un trastorno límite de la personalidad, proporciona frecuentemente un escape agradecido de la dura realidad, aunque añade otro elemento de confusión al marco de la terapia.

Lo que hay que entender al tratar con un trastorno por estrés postraumático primario, con uno secundario, con la confabulación o con la fantasía, es que es necesario que tanto el terapeuta como el paciente eviten descartar sus hallazgos prematuramente, debiendo examinarlos, incluyendo el afecto, completamente. Esto puede llevar a hacer un trabajo abreactivo, sin gran convicción, con el fin

de encontrar los fundamentos de los sentimientos. Sólo después de que se han explorado conjuntamente el afecto y las cogniciones podrá ocurrir (o no) que encajen realmente; aclarará también las diferencias entre los recuerdos actuales y los recuerdos reprimidos.

III. UNA NUEVA VISITA AL MODELO COGNITIVO: LA TERAPIA COGNITIVA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS

Se considera que el centrarse en las cogniciones del paciente con un TDI es el principio de la ayuda para que aprenda a 1) contener y retener el afecto, y a 2) explorar sus fundamentos. El modelo puro de terapia cognitiva, tal como se ha descrito anteriormente, no suele considerar los aspectos del contexto durante el tratamiento, ni proporciona un mejor marco de referencia respecto a la cuestión de "por qué detenerse en este pensamiento distorsionado particular en vez de en otro", ni ofrece una estructura dentro de la cual el paciente con un TDI podría empezar a reagrupar, a reunir y a comprender el sentido de las categorías de cogniciones distorsionadas.

El modelo puro cognitivo-conductual, aunque constituye un útil comienzo, requiere que el terapeuta aborde las distorsiones e identifique las creencias subyacentes; sin embargo, su fallo está en que no considera el contexto de los temas de la terapia y de la vida del paciente y, por consiguiente, no conecta formalmente las categorías de las distorsiones con las categorías de las experiencias afectivas.

Un modelo más evolucionado de la terapia cognitivo-conductual, que parece empezar a abordar estos asuntos, se denomina terapia cognitiva centrada en los esquemas (TCCE) y la ha propuesto Jeff Young (1990) como un manera de tratar los trastornos de personalidad. Algunos terapeutas cognitivos han reflexionado y comprendido lo que los psicoanalistas han conocido durante años, que no es otra cosa que el hecho de tratar las quejas superficiales (por ejemplo, depresión), aunque muy apremiantes, no hace gran cosa para solucionar cuestiones a largo plazo enraizadas en la infancia. La TCCE se basa en la premisa de que las experiencias significativas de los primeros años de vida influyen en la formación de esquemas (Young, 1990). El modelo de la TCCE para los trastornos de la personalidad se puede encontrar con más detalle en Young (1994), mientras que una adaptación más detallada para trabajar con los pacientes con un TDI se puede ver en Fine (1996).

Un esquema es un constructo mental que encarna el conocimiento organizado y afecta a la consideración de un determinado concepto o tipo de estímulo (Young, 1990). Hay esquemas que representan categorías de objetos cotidianos y categorías sociales (Janoff-Bulman, 1985). Esquemas personales subyacen en las definiciones del individuo sobre sí mismo. Los esquemas representan creencias muy arraigadas que una persona mantiene sobre sí misma. Y un esquema formado en la infancia delimita las percepciones de las experiencias infantiles y determina las cogniciones posteriores y derivadas (Fine, 1996). Este esquema,

presente todavía en la edad adulta, puede estimularse en el caso de que las circunstancias actuales de la vida adulta así lo requieran. Young (1990) parece asociar la fortaleza del esquema a que éste se encuentre ligado a fuertes sentimientos, ya que inicialmente se codificó con un afecto muy fuerte. Para el TDI este afecto es frecuentemente terror y miedo, aunque también se codifican otros afectos. La codificación real de terror en el TDI ya se encuentra recogida en la literatura médica francesa, donde los médicos describieron al pavor (*frayeur*) como un estímulo o etiología antecedentes para la aparición de un TDI (Despine, 1848).

El afecto, lo mismo que un imán, atraerá interpretaciones de la información que serán consistentes con un esquema, incluso ante información que las contradiga. Por consiguiente, según la TCCE, los esquemas con base cognitiva son materiales dirigidos por el afecto que se descubrirán por medio de la exploración de las distorsiones cognitivas. Fine (1988a) ha comentado sobre el paralelismo entre las distorsiones cognitivas del paciente con un TDI y los pensamientos depresogénicos del paciente distímico; sin embargo, por muy resistentes que parezcan a la corrección las distorsiones cognitivas depresogénicas, las del paciente con un TDI se encuentran más sólidamente establecidas.

Las distorsiones del paciente con un TDI constituyen el resultado de un doble ataque sobre los esquemas de la época infantil. El primer ataque frontal se encuentra en la formación real de los esquemas, mientras que el segundo se realiza sobre los esquemas una vez establecidos.

III.1. El ataque sobre la formación de los esquemas

Piaget (1971) describió la evolución de las estructuras perceptivo-cognitivas. Esta evolución parece indicar que el afecto abrumador sufrido por el niño que ha padecido de abusos conduce a la formación de esquemas que son: 1) esquemas "de base bélica" con contenido traumatogénico y 2) esquemas que desde su formación están influidos por la disociación.

Cuando un niño se desarrolla en un ambiente de abusos, se movilizan procesos disociativos para vérselas con el impacto del estrés abrumador impuesto por las violaciones del yo (Kluft, 1984; Spiegel, 1984). La edad de comienzo del abuso, su intensidad y su duración afectarán de forma diferente a las funciones de acomodación y de asimilación planteadas por Piaget (1971). El abuso afecta a la acomodación e interfiere con la asimilación (Fine, 1990, 1996). Estas dificultades en la adecuada evolución de los esquemas llevará a las distorsiones cognitivas de las que se ha hablado anteriormente.

Young (1990) ha denominado a este nivel más profundo del proceso cognitivo, con base en los esquemas, como *Esquemas desadaptativos tempranos (EDTs)*. Éstos reflejan un pensamiento incondicional sobre el yo, se perpetúan a sí mismos, son disfuncionales de forma significativa y recurrente, se activan por acontecimientos relevantes del entorno y parecen estar ligados a interrelaciones tempranas con miembros de la familia (Young, 1990). Para el paciente con un TDI, los EDTs pueden encontrarse en la base de sus estructuras cognitivas perceptivas

en desarrollo y reflejar, en parte, el impacto de las intrusiones disociativas sobre el sentido (en desarrollo) del yo en el niño. Sin embargo, puede que no todos los esquemas se encuentren influidos por el abuso; las intrusiones disociativas pueden golpear de forma diferente y/o de modo oportunista.

III.2. *El ataque sobre los esquemas establecidos*

La disociación derivada del abuso puede afectar a los esquemas de varias formas. Los esquemas cognitivos pueden separarse totalmente entre sí, produciendo dos esquemas no conexiónados que encierran dos grupos de información aparentemente completos pero diferentes (p. ej., dos personalidades separadas en un paciente: una que sabe que el vecino ha abusado de él/ella y la otra que sólo sabe que el vecino era muy divertido). En segundo lugar, los esquemas cognitivos pueden estar separados parcialmente entre sí, existiendo partes que se solapan y partes que están alejadas, lo que lleva a un grupo común de información afectiva cognitiva y a uno o más grupos divergentes (p. ej., dos personalidades pueden saber que el vecino abusó de ellos [información común]; sin embargo, una cree que sólo fue un abuso físico mientras que la otra sabe algo sobre abuso sexual [informaciones desconexionadas]). En tercer lugar, los esquemas cognitivos pueden estar totalmente separados de una forma desigual, dándose un esquema cognitivo lleno de información, mientras que los otros esquemas mantienen sólo información residual mínima (p. ej., en un paciente con un TDI, un yo conoce a toda la familia y está tranquilo durante el tratamiento, mientras que otro yo que alega saber mucho sobre la genealogía de la familia, puede conocer realmente a un solo miembro de la misma, que casualmente es el historiador). Finalmente, los esquemas cognitivos pueden estar totalmente separados entre sí y forzados a ser una réplica casi exacta del yo (clonación); esto es relativamente frecuente en pacientes con un TDI que utilizan la disociación basada en acontecimientos. Independientemente de cómo estén formados los EDTs, tendrán que abordarse de forma sistemática.

III.3. *La formación y desaparición de los EDTs*

Young (1990) afirma que la terapia cognitiva a corto plazo se ha interesado por tres niveles de fenómenos cognitivos: pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y suposiciones subyacentes. Fine (1991, 1992, 1993), en su adaptación de la terapia cognitiva al tratamiento del TDI se ha centrado en la organización del trabajo conjuntamente con el paciente con el fin de corregir las distorsiones cognitivas por medio del empleo de intervenciones directas o indirectas. El conocimiento de las cogniciones esboza el contenido probable/plausible o al menos tácito de los esquemas, sobre los que tanto el terapeuta como el paciente necesitarán centrarse e intervenir. Para que esas intervenciones sean más eficaces, es útil entender algunos de los procesos que sostienen y ayudan a la no resolución de los EDTs.

Se piensa que son tres los procesos que operan sobre estos EDTs para mantenerlos en su lugar: el mantenimiento de los esquemas, la evitación de los esquemas y la compensación de los esquemas.

III.3.1. El mantenimiento de los esquemas

Se supone, según la Terapia Cognitiva Centrada en los Esquemas (TCCE), que los EDT constituyen la piedra angular del autoconcepto del paciente con un TDI. El mantenimiento de los esquemas se refiere a los procesos por los que se refuerza a los EDT. Estos procesos son apoyados cognitivamente y conductualmente; incluyen la utilización habitual de distorsiones cognitivas y de conductas autoderrotistas. Los procesos del mantenimiento de los esquemas explican la rigidez tan frecuentemente vista en las realidades afectivas y cognitivas de los pacientes con un TDI. A nivel cognitivo, el mantenimiento de los esquemas normalmente se realiza «resaltando o exagerando la información que confirma los esquemas y negando, minimizando o descartando la información que contradice dichos esquemas» (Young, 1994, p. 15). Muchos de estos procesos de mantenimiento de los esquemas los ha descrito Beck como distorsiones cognitivas (Beck, 1976). Cuando el terapeuta empieza a cuestionar estos esquemas, a menudo se encuentra con una gran resistencia. El paciente a menudo intenta, de forma activa, demostrar al terapeuta que el esquema es correcto. La información se distorsiona para mantener los esquemas intactos.

A nivel conductual, el mantenimiento de los esquemas se consigue por medio de patrones de conducta autoderrotistas. Estos «patrones de conducta dirigidos por los esquemas» pueden haber sido adaptativos y funcionales en el temprano ambiente familiar del niño. En épocas posteriores de la vida, fuera del ambiente familiar original, estas conductas son a menudo autoderrotistas y desadaptativas y, en último término, sirven para reforzar los esquemas del paciente.

Las intervenciones cognitivas que más frecuentemente empleo con los pacientes con un TDI (con o sin hipnosis formal) son la reestructuración cognitiva, el reencuadre cognitivo o la facilitación del cambio perceptivo, centrándome en cuestionar las condiciones del mantenimiento de los esquemas en pacientes con un TDI. El segundo proceso que mantiene a los EDTs activos y disfuncionales es la evitación de los esquemas.

III.3.2. La evitación de los esquemas

La evitación de sentimientos, especialmente de ciertos sentimientos, es frecuente en pacientes con un TDI. Los terapeutas de la TCCE dirían que cuando se desencadena un EDT determinado, el paciente con un TDI experimenta un elevado nivel de afecto egodistónico, como la culpa, una ira intensa, un temor o una vergüenza profundos. Estas emociones y su intensidad son tan abrumadoras para algunos pacientes con un TDI o para algunas personalidades/estados del yo dentro del paciente que, por medio de procesos automáticos o voluntarios, el pa-

ciente con un TDI evita el desencadenamiento de estos esquemas o la experiencia del afecto conectado a ellos.

Algunos pacientes/personalidades/estados del yo reorganizan su realidad interna y/o externa evitando estos sentimientos. La modificación de la realidad interna puede ser una falta de flexibilidad del paciente adulto para aceptar distintas configuraciones de los estados del yo. El terapeuta puede sospechar de la existencia de componentes activos de evitación de los esquemas cuando existe un cambio rápido y/o disfuncional de personalidades. Cuando el paciente con un TDI intenta controlar la realidad externa para evitar el desencadenamiento de los EDTs, el paciente a menudo se preocupa de forma obsesiva por controlar los objetos, los sucesos y la gente de cada día; el paciente con un TDI cuando se encuentra en esta lucha puede parecer paranoide, manipulativo y extremadamente controlador. Los procesos de evitación de los esquemas pueden parecerse al condicionamiento aversivo.

Se han observado varios tipos de evitación de los esquemas. Uno de ellos es la *evitación cognitiva*. Este proceso se refiere a «los intentos automáticos o voluntarios para bloquear los pensamientos o las imágenes que podrían desencadenar el esquema» (Young, 1994, p. 16). Por ejemplo, una estrategia frecuentemente utilizada por algunos pacientes con un TDI para bloquear los pensamientos consiste en disfrazarlos con una charla «amnésica», en la que probablemente haya poca o ninguna amnesia verdadera, sino más bien una decisión de no prestar atención a los pensamientos extraviados o a la deriva. Otras dos expresiones de este mismo fenómeno son la continua corrección que hacen algunos pacientes con un TDI y la vaguedad intencionada de sus respuestas.

Otro proceso de evitación de los esquemas se conoce como *evitación afectiva*. Este proceso refleja «intentos automáticos o voluntarios de bloquear los sentimientos que son desencadenados por los esquemas» (Young, 1994, p. 16). Ante algunos acontecimientos vitales estresantes, ciertos pacientes con un TDI son totalmente capaces de informar sobre sus cogniciones, pero negando experimentar las emociones que normalmente acompañarían a estos pensamientos (*belle indifferencia*). Esta evitación afectiva en pacientes con un TDI y/o en algunas de sus personalidades hace que parezcan con un afecto embotado o con fobia al afecto. Sin embargo, es más probable que aquellos pacientes que informan de poco afecto y que no hablan sobre sus sentimientos manifiesten una ansiedad generalizada difusa, crónica o de síntomas psicósomáticos. Un ejemplo típico sería el «me siento bien» de un paciente con un TDI, que llega a la clínica, se sienta en el sofá, agarra un cojín, lo dobla y se lo coloca en el abdomen «con indiferencia» o aquel que trata de disfrazar un violento dolor de cabeza disociativo arreglándose el flequillo.

El tipo final de evitación de los esquemas es la *evitación conductual*. Ésta se refiere a «la tendencia de muchos pacientes a evitar situaciones de la vida real o circunstancias que podrían desencadenar esquemas dolorosos». Este proceso de falta de compromiso es, en sí mismo, autoderrrotista y nunca cuestiona la validez del propio esquema.

En resumen, los tres principales tipos de evitación de esquemas, cognitivo, afectivo y conductual, permite a los pacientes escapar al dolor asociado con sus

EDTs. Sin embargo, el precio de esta evitación es: *a.* Puede que los esquemas nunca salgan a la luz ni se cuestionen, y *b.* Se evitan experiencias de la vida que podrían cuestionar la validez de estos esquemas.

El tercer y último proceso propuesto por Young (1990, 1994) para mantener los EDTs en su lugar es la compensación de los esquemas.

III.3. La compensación de los esquemas

La compensación de los esquemas se refiere a los procesos que compensan en exceso los EDTs. Muchos pacientes o personalidades dentro de ellos pueden adoptar estilos cognitivo-conductuales que son lo opuesto de lo que se predeciría cuando el terapeuta llega a comprender o tener conocimiento de los EDTs del paciente. La compensación de los esquemas es funcional en cierta medida. Los impulsos antifóbicos pueden ser ventajosos. Pero la compensación de los esquemas se entiende realmente mejor como sólo un intento parcialmente satisfactorio de cuestionar el esquema original, por parte de los pacientes con un TDI, y que casi siempre conlleva un fracaso para reconocer la vulnerabilidad subyacente.

En resumen, la TCCE apoya el descubrir y reestructurar los EDTs con el fin de reconfigurar, de una forma más básica, el sistema de creencias disfuncionales del paciente con un TDI. Le incumbe al terapeuta prestar atención a todos los medios de mantenimiento de los EDTs en el paciente con un TDI, con el fin de desequilibrar el pensamiento erróneo y favorecer la integración de todas las partes de la mente.

IV. IMPLICACIONES PARA EL TRATAMIENTO

El tratamiento de los pacientes con un TDI puede ser difícil y prolongado. Un modelo de terapia de base cognitiva tradicional se ha mostrado útil, a partir de la perspectiva integracionista de trabajo, con los pacientes con un TDI (Fine, 1991, 1992, 1993, 1996), aunque un modelo más completo en su exploración puede permitirnos una rectificación más completa y rápida de los sistemas de pensamientos distorsionados. Esta investigación conllevaría el esbozo y la formulación de EDTs, poniendo como objetivo de la intervención aquellos EDTs relevantes para el paciente con un EDT.

La validez del modelo de TCCE en el trabajo con pacientes con un TDI se encuentra apoyada por hallazgos clínicos similares y continuos a lo largo de una serie de personalidades/estados del yo. En realidad, cuanto más fragmentado esté el paciente con un TDI, más se encerrará cada personalidad/estado del yo en un EDT. No hay pruebas informales para preferir utilizar un EDT en vez de otro, en función del número de personalidades/partes de la mente. Sin embargo, se ha sugerido que los pacientes muy fragmentados muestran un rango menor de afecto y un mayor compromiso con las realidades alternas, quizás en respuesta a una capitulación ante EDTs atrincherados. Si esta premisa es correcta, las inter-

venciones cognitivo-conductuales elegidas tratarían de rectificar los EDTs llevando a cada personalidad/estado del yo a través del proceso de explorar los esquemas cargados de afecto en función del mantenimiento de sus esquemas, de la evitación de los esquemas y de la compensación de los mismos.

De modo especulativo, la TCCE permitiría que un paciente con un TDI experimentase y hablase sobre el afecto por medio de un proceso mediado por la cognición en una supraestructura orientada hacia los esquemas. Esta comprensión supraordenada conllevaría a una mejor organización de la terapia, a un aumento de la estructura y, por consiguiente, a una estabilización del trabajo, y debería facilitar la recontextualización de las creencias y cogniciones distorsionadas del paciente. La TCCE puede ayudar, desde el inicio del tratamiento, a centrar mejor al paciente con un TDI en una realidad consensuada de base afectiva, sin los derumbamientos de abreacciones espontáneas y no deseadas.

En resumen, una terapia para los sujetos con un TDI que tenga un contenido adecuado, esté bien organizada y tenga en cuenta la dinámica establecida de las distintas personalidades, optimizaría la regulación del afecto. La importancia de la claridad en el establecimiento y mantenimiento de los límites, junto con una corrección apropiada de los pensamientos distorsionados y un enfrentamiento de las memoraciones sin utilidad, permitirán a las distintas personalidades (dentro del sistema de personalidades) negociar sus diferencias y alinear sus BASKs. Las abreacciones necesarias, en vez de evitarse y temerse, se abordarán de un modo planificado y sistemático. Sólo bajo condiciones de un contenido apropiado y una secuenciación deliberada, los pacientes con un TDI podrán lograr un dominio y un control sobre sus experiencias vitales y esperar lograr la integración de todas las partes de la mente.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª edición) (DSM-IV)*. Washington, D. C.: APA.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Orig.: 1979).
- Bliss, E. (1986). *Multiple personality, allied disorders and hypnosis*. Nueva York: Oxford University Press.
- Braun, B. G. (1988). The BASK model of dissociation. *Dissociation*, 1, 4-23.
- Fine, C. G. (1988a). Thoughts on the cognitive perceptual substrates of multiple personality disorder. *Dissociation*, 1, 5-10.
- Fine, C. G. (1988b). Mood, cognition and multiplicity. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, Inglaterra.

- Fine, C. G. (1990). The cognitive sequelae of incest. En R. P. Kluft (dir.), *Incest related syndromes of adult psychopathology*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Fine, C. G. (1991). Treatment stabilization and crisis prevention: Pacing the therapy of the multiple personality disorder patient. *Psychiatric Clinics of North America*, 14, 661-675.
- Fine, C. G. (1992). Multiple personality disorder. En A. Freeman y F. M. Dattilio (dirs.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Fine, C. G. (1993). A tactical integrationist perspective on the treatment of multiple personality disorder. En R. P. Kluft y C. G. Fine (dirs.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Fine, C. G. (1996). A cognitively based treatment model for DSM-IV Dissociative Identity Disorder. En L. K. Michelson y W. J. Ray (1996), *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. Nueva York: Plenum.
- Fish-Murray, C., Koby, E. y Van der Kolk, B. (1987). Evolving ideas: The effect of abuse on children's thought. En B. Van der Kolk (dir.), *Psychological trauma*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. En C. Figley (dir.), *Trauma and its wake*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kagan, J. y Snidman, N. (1991). Temperamental factors in human development. *American Psychologist*, 46, 856-862.
- Kluft, R. P. (1984). Multiple personality in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 121-154.
- Kluft, R. P. (dir.) (1985). *Childhood antecedents of multiple personality*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Kluft, R. P. (1991). Multiple personality disorder. En A. Tasman y S. Goldfinger (dirs.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 10). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Nemiah, J. C. (1991). Dissociation, conversion and somatization. En A. Tasman y S. M. Goldfinger (dirs.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 10). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Piaget, J. (1971). *Biology and knowledge: An essay on the relations between organic regulations and cognitive processes*. Chicago: University of Chicago Press.
- Spiegel, D. (1984). Multiple personality as a post traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 7, 101-110.
- Van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological trauma*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Practitioner's Resource Series, Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (edición revisada). Sarasota, FL: Professional Resource.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Orig.: 1979).
- Cardeña, E. (1995). Trastornos disociativos. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carroles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.

- Fine, C. G. (1991). A tactical integrationist perspective on the treatment of multiple personality disorder. En R. P. Kluff y C. G. Fine (dirs.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder*. Nueva York: Plenum.
- Michelson, L. K. y Ray, W. J. (1996). *Handbook of dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. Nueva York: Plenum.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (edición revisada). Sarasota, FL: Professional Resource.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS SOMATOFORMES

12. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA HIPOCONDRIA

CRISTINA BOTELLA y M^a PILAR MARTINEZ NARVÁEZ-CABEZA DE VACA

MISOMEDION. — ¿Es éste "su Secreto para la Cura de esta Dolencia penosa"?
PHILOPERIO — Tengo varios. Me tomo el tiempo necesario para escuchar y ponderar las Dolencias de mis Pacientes...(y) me tomo la molestia de conocer la forma de vida de mis Pacientes..., no sólo para llegar a las causas Procatárticas sino también para estudiar mejor las Circunstancias, así como (la) Idiosincrasia de cada Persona en particular.

MANDEVILLE (1711)¹

I. INTRODUCCIÓN

Uno de los tópicos más arraigados a la caracterización de la hipocondría es la dificultad implícita en su abordaje terapéutico. El trastorno hipocondríaco suele ser considerado, por la mayor parte de los clínicos, como un trastorno renuente al cambio y con mal pronóstico. Se alegan varias razones para justificar esta impresión negativa (Barsky, Geringer y Wool, 1988a). En primer lugar, los hipocondríacos suelen responder a las intervenciones médicas desarrollando complicaciones, exacerbando los síntomas o presentando nuevas quejas que sustituyen a las anteriores. En segundo lugar, presentan una gran resistencia a recibir tratamiento psiquiátrico dado que entienden que su problema es única y exclusivamente físico. Finalmente, son pacientes que se muestran, por un lado, apegados y dependientes de sus médicos y, por otro, hostiles y con tendencia a rechazar los ofrecimientos de ayuda de éstos, lo que, inevitablemente, entorpece el establecimiento de una adecuada alianza terapéutica. No obstante, incluso reconociendo que la hipocondría pueda ser un problema clínico de difícil "cura", tampoco hay que olvidar que el desinterés de algunos profesionales de la salud por este trastorno tiene parte de responsabilidad en el fomento de la creencia de que los hipocondríacos son pacientes intratables y, por tanto, cualquier medida que se emprenda para paliar su condición está condenada al fracaso.

A pesar de la "leyenda negra" que ha acompañado durante años al tratamiento de la hipocondría, por fortuna, en la actualidad estamos presenciando un creciente entusiasmo por el estudio de este trastorno en todas sus vertientes, especialmente, en la terapéutica. Esta "savia nueva" procede de los modelos teóricos de corte cognitivo sobre los que se han diseñado prometedoras estrategias terapéuticas. A partir de estas consideraciones, y centrándonos precisamente en

Universitat Jaume I, Castellón y Universitat de València (España).

¹ Citado en Baur (1988, p. 133).

Agradecimientos: Este trabajo forma parte de una investigación más amplia financiada a través de una beca de investigación concedida por la Conselleria de Cultura, Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana.

tales enfoques, en el presente trabajo pretendemos hacer un recorrido por las aportaciones más relevantes a la conceptualización y al tratamiento de la hipocondría que se han realizado en los últimos años.

II. CONCEPTO Y DIAGNÓSTICO

La noción actual de hipocondría como «preocupación excesiva por la salud» es fruto de una larga trayectoria histórico-conceptual que se remonta a los albores de la medicina antigua. En efecto, la hipocondría es un término reconocible desde hace más de dos mil años, que ha sido revestido de diversos significados a lo largo de su prolongada existencia. De hecho, como acertadamente señala Kellner (1986), «la historia de la hipocondría es más la historia de un término que la de un trastorno o síndrome» (p. 7).

Si nos atenemos única y exclusivamente al concepto de hipocondría vigente en la actualidad, resulta de referencia obligada comentar las definiciones formuladas por los dos sistemas nosológicos de mayor arraigo en el ámbito clínico: la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4^a ed., *DSM-IV*) publicado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 1994), y la décima revisión de la *Clasificación internacional de enfermedades* (*CIE-10*) (*International classification of diseases*, 10^a revisión, *ICD-10*) editada por la Organización Mundial de la Salud (WHO, 1992).

II.1. La clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana

El *DSM-IV* (APA, 1994) clasifica la hipocondría dentro de la categoría general de *trastornos somatoformes* y estima que el rasgo común que caracteriza a este grupo de trastornos es «la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica [...] y que no son explicados completamente por una enfermedad médica, por los efectos directos de una sustancia psicoactiva, o por otro trastorno mental (p. ej., trastorno por pánico). Los síntomas deben causar un malestar clínicamente significativo o un deterioro social, laboral o de otras áreas de funcionamiento» (p. 445). Según sugieren Clark, Watson y Reynolds (1995), la definición que sustenta el *DSM-IV* de los trastornos somatoformes no justificaría la inclusión de trastornos como la hipocondría o el trastorno dismórfico corporal, ya que en éstos la característica principal no es la sintomatología física. Por ello, Clark *et al.* (1995) defienden la incorporación de las percepciones erróneas del sujeto acerca de sus sensaciones somáticas y sus características corporales en la conceptualización de los trastornos somatoformes.

El aspecto definitorio nuclear de la *hipocondría*, de acuerdo con el *DSM-IV*, es el miedo o creencia de estar sufriendo una enfermedad grave a partir de la interpretación incorrecta de los síntomas corporales. Este temor o convicción no tiene un carácter delirante ni se restringe al aspecto físico; es persistente, tiene

una duración mínima de seis meses, no es posible explicarlo de un modo más adecuado apelando a otro trastorno mental, se mantiene a pesar de los reconocimientos físicos y explicaciones médicas, y provoca un acusado malestar y un deterioro importante en diversas facetas de la vida de la persona.

El *DSM-IV* sigue manteniendo prácticamente invariable la noción de hipocondría sustentada por su predecesor (*DSM-III-R*; APA, 1987), por lo que algunas de las críticas que en su momento se realizaron a la tercera edición revisada (Fallon, Klein y Liebowitz, 1993; Salkovskis y Clark, 1993; Schmidt, 1994; Starcevic, 1991; Warwick y Salkovskis, 1989) son extensibles casi en su totalidad a la cuarta edición (Chorot y Martínez, 1995; Martínez, Belloch y Botella, 1995; Martínez y Botella, 1996).

Salkovskis y Clark (1993) han señalado dos aspectos problemáticos de la definición de hipocondría contemplada en el *DSM-III-R*. El primero de ellos alude a la inclusión en la definición tanto de los pacientes convencidos de que padecen una enfermedad como de los que temen enfermar. Esta misma crítica puede hacerse extensible al *DSM-IV*, ya que, adoleciendo de la misma ausencia de claridad, conceptualiza esta alteración como “miedo a” o “creencia de” padecer una enfermedad grave. No obstante, en cuanto al aspecto conceptual del “temor” a la enfermedad, el *DSM-IV* ha añadido algunos cambios con el propósito de esclarecer esta cuestión. Incluye la fobia referida a la enfermedad dentro del epígrafe de trastornos por ansiedad y, en particular, en la categoría de fobia específica (otro tipo). Además, sitúa la frontera entre la hipocondría y la fobia específica (de enfermedad) en la existencia o no de convicción de enfermedad: los pacientes con hipocondría se muestran preocupados por el miedo a estar sufriendo un trastorno físico (que éste se encuentre ya presente); en cambio, los pacientes con fobia específica (de enfermedad) temen contraer o estar expuestos a una afección.

El segundo aspecto conflictivo apuntado por Salkovskis y Clark (1993) se refiere al criterio C del *DSM-III-R* (la preocupación por la enfermedad se mantiene a pesar de las explicaciones médicas). Estos autores han censurado este elemento definitorio sobre la base de las siguientes consideraciones: 1) no todos los pacientes pueden acceder a la información médica tranquilizadora; 2) algunos pacientes rehúsan consultar al médico; 3) a menudo los pacientes hipocondríacos buscan apaciguar sus miedos por otros canales diferentes a la consulta médica (p. ej., familiares, amigos, libros de medicina); y 4) este criterio no especifica el tipo de información tranquilizadora que resulta ineficaz en estos sujetos.

En esta misma línea crítica, Starcevic (1991) sostiene que el criterio C para el diagnóstico de la hipocondría del *DSM-III-R* resulta ambiguo puesto que puede ser objeto de una doble interpretación. La primera supone considerar que existe algo consustancial a la hipocondría que haría que las explicaciones no produjeran los efectos curativos esperables. Si esta explicación fuese cierta se podría poner en entredicho la validez de conceptualizar la hipocondría como fenómeno de carácter no delirante. La segunda interpretación implica asumir que las explicaciones ordinarias de “sentido común” son las que resultan estériles en este trastorno. Aunque esta interpretación concuerda con las observaciones clínicas, los beneficios conseguidos con la atención médica de las demandas de explicaciones del paciente (Kellner, 1982, 1983) han llevado a Starcevic a plantear que,

dependiendo del tipo de explicaciones y de la manera en que se den, éstas pueden llegar a ser útiles para el tratamiento de la hipocondría.

En relación con este punto, el *DSM-IV* puede ser objeto de las mismas críticas que su antecesor. Aunque como novedad ha incorporado en el criterio B una redacción simplificada de los criterios B y C del *DSM-III-R*, sigue sin determinar cuáles son las explicaciones que no logran eliminar la preocupación del paciente. A nuestro juicio, la definición de esta pauta diagnóstica resulta tan vaga e imprecisa, que, en la práctica, su operacionalización se convierte en una tarea imposible o dependiente de la subjetividad interpretativa de cada clínico.

Otro elemento polémico de la definición de hipocondría del *DSM-III-R*, apuntado por Fallon *et al.* (1993), alude al requisito de la presencia de señales o sensaciones somáticas, lo que implica que los casos carentes de este tipo de sintomatología no serían aptos para recibir el diagnóstico de hipocondría. El *DSM-IV* sigue planteando un concepto restringido de este trastorno, excluyendo a aquellos pacientes físicamente asintomáticos que, sin embargo, se muestran hipervigilantes y expectantes ante una posible señal corporal indicadora de patología. Aunque para los hipocondríacos sus síntomas somáticos representan la evidencia más contundente de que están enfermos, no es la única, por lo que esas otras posibles evidencias (p. ej., la creencia en la vulnerabilidad personal a la enfermedad) pueden, por sí mismas, justificar el diagnóstico. En nuestra opinión, la concepción actual de la hipocondría conduce a establecer una primacía injustificada de los elementos fisiológicos sobre los cognitivos y/o emocionales.

Finalmente, y en la línea planteada por Schmidt (1994), puede apuntarse que la cuarta cuestión conflictiva del modo en que el *DSM-III-R* define la hipocondría, se refiere a que sólo contempla las preocupaciones por tener un trastorno físico, omitiendo aquéllas referidas a enfermedades psíquicas asociadas a la interpretación errónea de manifestaciones psicológicas. El *DSM-IV* sigue sin resolver esta carencia ya que tampoco presta atención al concepto de "hipocondría psicológica". Si bien es cierto que estos casos son poco frecuentes, ese dato no debería condicionar su inclusión en la definición de hipocondría. Consideramos que no contemplar explícitamente la preocupación por la enfermedad mental grave entre los criterios diagnósticos del *DSM-IV* da lugar a una concepción sesgada que impide considerar al trastorno hipocondríaco en todas sus posibilidades fenomenológicas.

11.2. La clasificación de la Organización Mundial de la Salud

Los trastornos somatoformes del *DSM-IV* equivalen en la *CIE-10* (WHO, 1992) a aquéllos agrupados bajo la denominación de *trastornos somatomorfos* y *trastornos disociativos (de conversión)* que, a su vez, están englobados en la categoría de los *trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos*.

La *CIE-10* clasifica al trastorno hipocondríaco dentro de la categoría de los *trastornos somatomorfos*. La característica principal de estos trastornos es «la presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas, a pesar de repetidos resultados negativos de di-

chas exploraciones clínicas y de continuas garantías por parte de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática» (p. 201).

De acuerdo con la *CIE-10*, para establecer el diagnóstico del *trastorno hipocondríaco*, se precisa el cumplimiento de dos requisitos. Por una parte, la creencia persistente en la presencia de, al menos, una enfermedad orgánica grave que subyace a los síntomas, a pesar de que los reiterados exámenes no la hayan identificado, o la preocupación incesante por una supuesta deformidad física; y, por la otra, la negativa a aceptar las explicaciones de los médicos que descartan tal enfermedad o anormalidad.

A la *CIE-10* se le pueden plantear las mismas observaciones críticas que a las últimas ediciones del *DSM*. La *CIE-10* tampoco distingue claramente el miedo de la convicción de enfermedad, ya que la categoría de trastorno hipocondríaco, definido como "creencia", también incluye la nosofobia. No obstante, y en la misma línea que el *DSM-IV*, la *CIE-10* ubica el temor a padecer una grave patología orgánica (nosofobia) en el epígrafe de trastorno hipocondríaco; en cambio, clasifica el temor a enfermar que se deriva del miedo al contagio de una infección, a contaminarse, a las intervenciones médicas o a los lugares de asistencia sanitaria, como trastorno de ansiedad fóbica (fobia específica). La *CIE-10*, al igual que el *DSM-IV*, contempla como criterio diagnóstico del trastorno hipocondríaco la existencia de explicaciones médicas ineficaces, pero no concreta las características de aquellas explicaciones que no surten los efectos esperados. Más bien podemos afirmar que agrega un elemento más de confusión referido al número de facultativos implicados en el problema. Respecto al tercer y cuarto inconveniente detectado en el *DSM-IV*, la *CIE-10* también requiere la existencia de síntomas somáticos y tampoco contempla el posible diagnóstico de la modalidad "psicológica" de hipocondría.

III. MODELOS EXPLICATIVOS DE CORTE COGNITIVO

En los últimos años se han formulado varias propuestas explicativas de la hipocondría basadas en la conceptualización de este trastorno como manifestación de una alteración a nivel cognitivo. En nuestra opinión, las dos versiones más sólidas son, por una parte, aquella que estima que los hipocondríacos amplifican sus sensaciones corporales normales y, por la otra, aquella que considera que estos pacientes interpretan erróneamente los síntomas somáticos que experimentan. Pasemos a describir qué sostiene cada una de ellas.

III.1. Amplificación somatosensorial

Barsky (1992) ha sugerido que el concepto de amplificación resulta de utilidad para comprender las condiciones clínicas (psicológicas y físicas) caracterizadas por quejas somáticas desproporcionadas en relación a la patología orgánica existente. Según este autor, la amplificación desempeña un papel etiopatogénico en

la hipocondría, pero, asimismo, puede adoptar otra serie de funciones: 1) ser una característica inespecífica asociada a diversas alteraciones psicológicas que cursan con sintomatología física (p. ej., el trastorno por pánico); 2) tener un papel importante en los procesos de somatización transitorios y no patológicos que se derivan de situaciones vitales estresantes; y 3) explicar las diferencias en sintomatología física detectadas en los sujetos que presentan la misma condición médica (p. ej., artritis reumatoide).

De acuerdo con la propuesta de Barsky (1992), los sujetos hipocondríacos amplifican una extensa variedad de síntomas somáticos y viscerales tales como las sensaciones fisiológicas y anatómicas normales (p. ej., movimientos peristálticos intestinales, hipotensión postural, variaciones en la tasa cardíaca), las disfunciones benignas y enfermedades leves (p. ej., zumbidos pasajeros, contracciones nerviosas de los párpados, sequedad de la piel), o los concomitantes viscerales o somáticos de un estado emocional (p. ej., activación fisiológica que acompaña a la ansiedad). En el cuadro 12.1 se recogen algunas otras sensaciones susceptibles de ser amplificadas.

Según Barsky y colaboradores (Barsky, 1979, 1992; Barsky y Klerman, 1983; Barsky *et al.*, 1988b; Barsky y Wyshak, 1990), los sujetos hipocondríacos aumentan sus sensaciones físicas y tienden a experimentarlas como más intensas, nocivas, amenazadoras y perturbadoras de lo que las experimentan los sujetos sin este tipo de trastorno. El "estilo somático amplificador" del hipocondríaco se caracteriza por los siguientes elementos (Barsky *et al.*, 1988b; Barsky, 1992): 1) una propensión a vigilar en exceso el estado del cuerpo, que está relacionada con un aumento del autoescrutinio y de la focalización de la atención en las sensaciones corporales molestas; 2) una tendencia a seleccionar y centrarse en de-

CUADRO 12.1. *Sensaciones sujetas a la amplificación* (Barsky, 1992)

Sensaciones fisiológicas y anatómicas normales

Tacuicardia secundaria a un cambio postural (palpitaciones)
Anomalía del tejido del pecho (bulto)
Falta de aliento en un esfuerzo

Disfunciones benignas y enfermedades corrientes

Zumbido
Hipo
Diarrea
Dolor de cabeza

Concomitantes somáticos de un afecto intenso

Diaforesis con ansiedad
Rubor con azoramiento
Arousal cardiovascular con ira

Síntomas de enfermedad médica

Patología orgánica grave

terminadas sensaciones poco frecuentes o débiles, y 3) una inclinación a considerar dichas sensaciones como peligrosas e indicadoras de enfermedad.

El modelo explicativo del desarrollo de la hipocondría que sostienen los autores de referencia afirma que la tendencia de los sujetos hipocondríacos a experimentar sus sensaciones corporales con gran intensidad y perturbación les conduce a interpretarlas de manera errónea como manifestación de una patología física grave en vez de atribuirles a una causa benigna (p. ej., falta de ejercicio físico, exceso de trabajo). La sospecha de enfermedad resultante de esta mala interpretación les lleva a estar constantemente vigilando su cuerpo, examinando las sensaciones somáticas que notan, atendiendo de forma selectiva a la información que ratifica su hipótesis explicativa de los síntomas e ignorando la que la desconfirma. Por otra parte, el incremento de la ansiedad que se desencadena origina nuevas sensaciones corporales que los sujetos pueden valorar como prueba de enfermedad. Finalmente, todo ello acaba intensificando la percepción de peligro dando lugar a un círculo vicioso (Barsky y Wyshak, 1990). En esta formulación, el resto de las características clínicas de la hipocondría se consideran consecuencias derivadas de la amplificación somática.

La amplificación, tal y como es conceptualizada por estos autores, puede ser un rasgo estable o un estado transitorio. Como rasgo, la amplificación se considera un estilo perceptivo persistente adquirido durante la infancia mediante experiencias formativas y educativas, o un factor constitucional presente en el sistema nervioso del sujeto desde el nacimiento. Como estado, la amplificación hace referencia al grado en que un individuo amplifica una determinada sensación en un momento concreto (Barsky *et al.*, 1988b). La amplificación entendida como estado, puede estar influida por diversos factores tales como las cogniciones (información y conocimientos, opinión y creencias y atribuciones etiológicas), el contexto situacional (*feedback* de otras personas y expectativas futuras), la atención y el estado de ánimo (ansiedad y depresión) (Barsky, 1992).

III.2. Interpretación catastrófica de los síntomas

Según la propuesta de explicación de Salkovskis (1989), Warwick (1989), Warwick y Salkovskis (1989, 1990) y Salkovskis y Clark (1993), la característica más importante de la hipocondría es la interpretación errónea de los síntomas físicos no patológicos como señal de enfermedad orgánica grave. De acuerdo con esta formulación, el proceso a través del cual se desarrolla la hipocondría tiene su inicio en las experiencias previas relacionadas con la enfermedad vivenciadas por el sujeto. Entre estas experiencias figuran las enfermedades físicas padecidas por el propio sujeto o familiares, y/o haber sufrido algún error médico. Estos acontecimientos negativos conducen a la formación de creencias o supuestos disfuncionales acerca de los síntomas, la salud y la enfermedad (p. ej., «los cambios corporales habitualmente son una señal de enfermedad grave, ya que todo síntoma tiene que tener una causa física identificable»). Estas creencias pueden permanecer relativamente inactivas hasta que son movilizadas por un incidente crítico, que puede ser de carácter interno (p. ej., notar una sensación física) o

externo (p. ej., la muerte de algún familiar o conocido). Asimismo, los supuestos disfuncionales pueden dar lugar a un *sesgo confirmatorio* al hacer que el paciente dirija su atención selectivamente hacia la información que confirma la idea de enfermedad y que ignore aquella que pone de manifiesto su buen estado de salud. La activación de las creencias problemáticas provoca el surgimiento de imágenes desagradables y pensamientos automáticos negativos, cuyo contenido implica una interpretación catastrófica de las sensaciones o signos corporales (p. ej., «mis dolores de estómago significan que tengo un cáncer no detectado»).

Finalmente, esta cadena de elementos precipita la ansiedad por la salud y sus correspondientes manifestaciones fisiológicas (p. ej., incremento de la activación fisiológica), cognitivas (p. ej., atención autofocalizada), afectivas (p. ej., ansiedad) y conductuales (p. ej., búsqueda de información tranquilizadora). En la figura 12.1 se recoge el esquema ilustrativo de este modelo de desarrollo de la hipocondría.

Según la propuesta de estos autores, existen una serie de factores que actúan perpetuando la preocupación por la salud. El modelo de mantenimiento de la hipocondría parte de la consideración de la existencia de un estímulo desencadenante (p. ej., recibir información sobre una enfermedad) que, al ser percibido por el sujeto como amenazante, provoca en éste temor o aprensión. Esta reacción precipita una serie de procesos fisiológicos, cognitivos y conductuales. En primer lugar, el incremento de la activación fisiológica conlleva un aumento de las sensaciones somáticas mediadas por el sistema nervioso autónomo (p. ej., palpitaciones), lo que puede hacer que el sujeto las atribuya a la existencia de una patología orgánica. Segundo, el hecho de estar permanentemente centrado la atención en el cuerpo puede originar que la persona se dé cuenta de cambios normales de su función corporal (p. ej., distensiones gástricas después de comer) o aspectos de su apariencia física (p. ej., enrojecimiento de la piel) que, de otro modo, le hubiesen pasado desapercibidos, y los interprete como anómalos. Además, el sujeto también presta atención a los datos concordantes con la idea de enfermedad y con el *sesgo confirmatorio* desarrollado con anterioridad. Finalmente, las conductas de autoinspección corporal y de búsqueda de información tranquilizadora de fuentes médicas y/o no médicas contribuyen también a fomentar la preocupación por la salud. El modo en que operan estas conductas es similar al de los rituales compulsivos del trastorno obsesivo-compulsivo, ya que, aunque inicialmente producen un descenso momentáneo de la ansiedad, posteriormente la incrementan (Warwick y Salkovskis, 1989). Este tipo de conductas contribuyen a la perseveración de las preocupaciones a través de las siguientes vías (Warwick, 1989): 1) impidiendo que el sujeto aprenda que aquello que teme no le está ocurriendo; 2) provocando que continúe prestando atención a sus pensamientos negativos; y 3) influyendo directamente en los cambios corporales que produjeron los pensamientos iniciales.

Los tres mecanismos descritos (activación fisiológica, focalización de la atención y conductas inadecuadas) hacen que el sujeto se preocupe por las sensaciones físicas percibidas como patológicas y que las valore como señal de que padece una enfermedad grave, lo cual, a su vez, aumenta la percepción de peligro. Se establece así una relación circular que perpetúa la hipocondría. En la figura 12.2 se recoge este modelo de mantenimiento de la hipocondría.

FIGURA 12.1. *Modelo cognitivo del desarrollo de la hipocondría* (Warwick y Salkovskis, 1990)

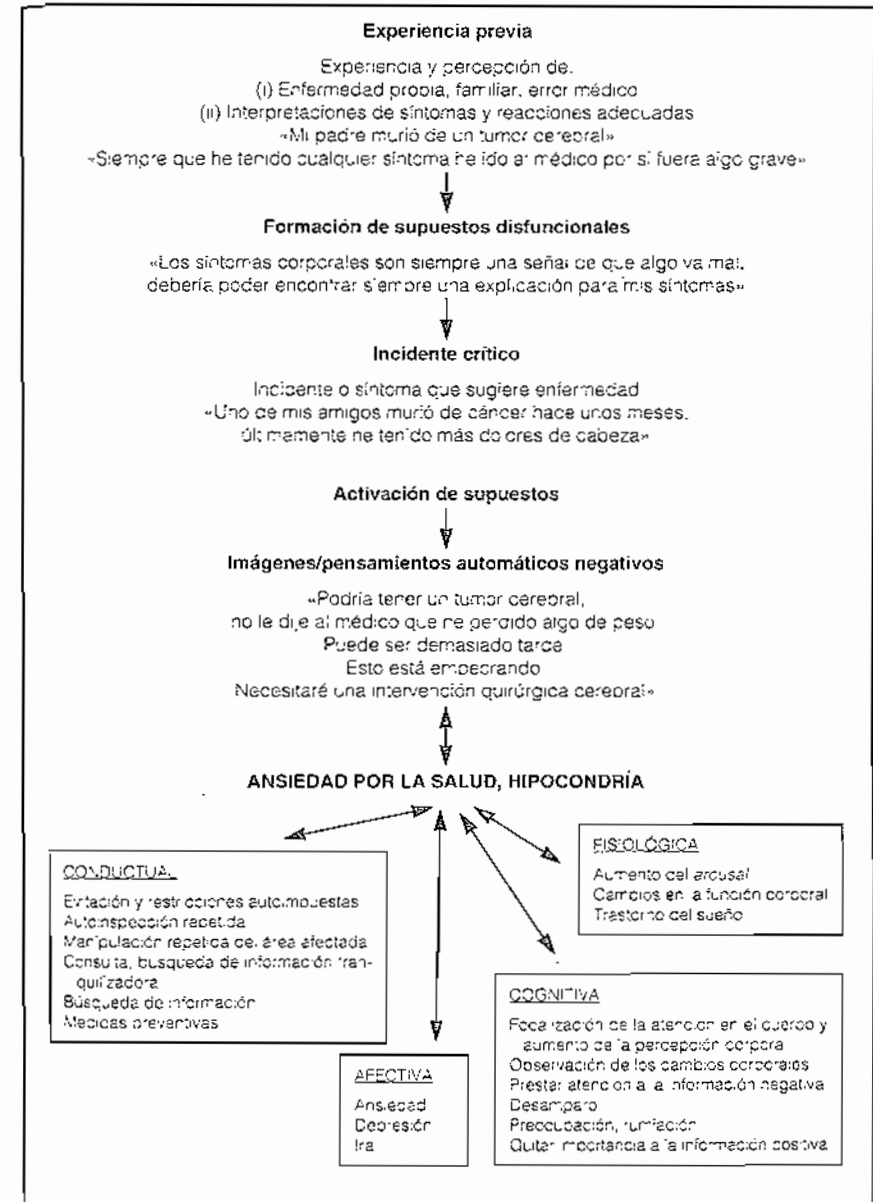
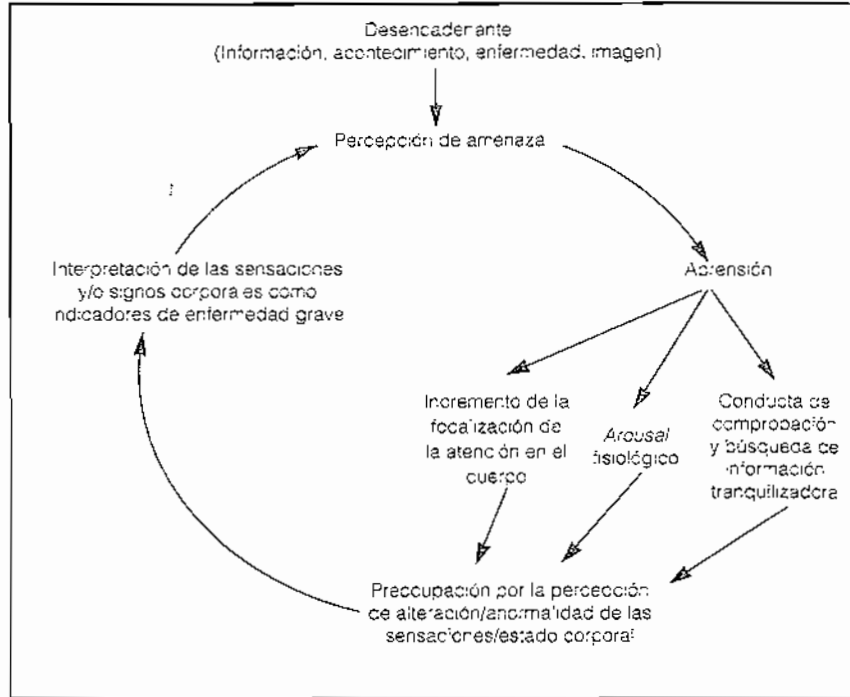


FIGURA 12.2. Factores de mantenimiento de la hipocondría (Salkovskis, 1989)



IV. TRATAMIENTOS CONDUCTUALES Y COGNITIVO-CONDUCTUALES

Como hemos puesto de manifiesto en la introducción de este capítulo, la hipocondría ha sido considerada durante mucho tiempo un trastorno intratable. Sin embargo, los informes elaborados (principalmente en la última década) sobre la eficacia terapéutica de las estrategias conductuales y cognitivo-conductuales en pacientes hipocondríacos, han hecho posible que esta afirmación tan contundente empiece a ser rechazada o, como mínimo, cuestionada.

IV.1. Técnicas conductuales

Desde el marco de intervención de la terapia de conducta se han utilizado diversas técnicas para tratar el miedo a la enfermedad, la creencia de enfermedad o las conductas hipocondríacas presentes en otros cuadros clínicos. Entre ellas destacan las siguientes: *desensibilización sistemática* (Floru, 1973; Rifkin, 1968), *de-*

tención del pensamiento y relajación (Kumar y Wilkinson, 1971), *terapia implorativa e hipnosis* (O'Donnell, 1978), *relajación aplicada* (Johansson y Öst, 1981), *refuerzo positivo* (Mansdorf, 1981), *principio de Premack* (Williamson, 1984) y *castigo* (Reinders, 1988).

Una de las líneas de intervención más fecundas es la que ha tomado como punto de referencia las semejanzas existentes entre la hipocondría y los trastornos por ansiedad (concretamente las fobias y el trastorno obsesivo-compulsivo). Los pacientes hipocondríacos comparten con los pacientes fóbicos los elevados niveles de ansiedad que presentan y las conductas de evitación que exhiben. Por otra parte, en la hipocondría también son frecuentes conductas similares a los rituales compulsivos del trastorno obsesivo-compulsivo, como son la comprobación reiterada del estado corporal y la búsqueda constante de información tranquilizadora. A partir de estas apreciaciones y teniendo en cuenta que la exposición resulta útil para el tratamiento de los trastornos fóbicos (Marks, 1987) y que la prevención de respuesta es eficaz en la intervención de los trastornos obsesivo-compulsivos (Emmelkamp, 1982), se ha planteado que estos procedimientos pueden ser beneficiosos para los pacientes hipocondríacos (Visser y Bouman, 1992).

A este respecto cabe decir que los resultados obtenidos en algunos estudios que han utilizado técnicas de exposición y/o prevención de respuesta (en ocasiones en combinación con otro tipo de procedimientos), parecen evidenciar su eficacia para el tratamiento de esta condición. Furst y Cooper (1970) recurrieron a la *exposición a estímulos interoceptivos e imaginados* para la extinción del temor a sufrir un ataque al corazón. Tearnan, Goetsch y Adams (1985) trataron con éxito un caso de fobia cardíaca mediante un *programa de exposición multifacético*, manteniéndose la mejoría conseguida a los 6 y 12 meses de seguimiento. Fiegenbaum (1986) aplicó la *exposición in vivo en el medio natural a las sensaciones temidas* a 33 pacientes con cardiofobia, consiguiendo, en una gran proporción de ellos, una mejoría importante que se mantuvo en el seguimiento realizado al cabo de tres años. Salkovskis y Warwick (1986) informaron de resultados positivos en el tratamiento de dos pacientes hipocondríacos utilizando la *supresión de la atención de las quejas de los pacientes*. Warwick y Marks (1988) obtuvieron mejorías significativas en la mayoría de los 17 casos de hipocondría o fobia a la enfermedad que fueron tratados mediante *exposición in vivo a los estímulos temidos, saciación, intención paradójica y prohibición de solicitar información tranquilizadora*. Logsdail et al. (1991) hicieron uso de la *exposición in vivo y/o en imaginación a las situaciones temidas y otras señales desencadenantes de ansiedad y la prevención de las conductas de comprobación y limpieza*, en la intervención de siete pacientes con miedo al SIDA, consiguiendo en casi todos ellos mejorías que se conservaron tres meses después de finalizada la terapia.

IV.2. Programas cognitivo-conductuales estructurados

En los últimos años se han elaborado diversos programas de orientación cognitivo-conductual para la intervención en la hipocondría. Los que, a nuestro juicio, resultan más prometedores son los propuestos por Barsky, Geringer y Wool (1988a),

Salkovskis (1989), Warwick (1989), Warwick y Salkovskis (1989, 1990), House (1989), Stern y Fernández (1991), Sharpe, Peveler y Mayou (1992) y Avia (1993). De estas propuestas terapéuticas, únicamente vamos a describir las dos primeras puesto que son las que cuentan, por el momento, con mayor respaldo empírico.

IV.2.1. El tratamiento del "estilo somático amplificador"

Barsky *et al.* (1988a) han desarrollado un programa terapéutico cognitivo-educativo basado en la conceptualización de la hipocondría como un trastorno caracterizado por un "estilo somático amplificador". De acuerdo con esta propuesta, el tratamiento se lleva a cabo en grupos reducidos de entre 6 y 8 pacientes que se reúnen una vez a la semana durante mes y medio. La terapia se presenta como un "curso" que les permitirá aprender sobre la percepción de síntomas físicos, y en ella se plantea una relación terapeuta-paciente semejante a la existente entre profesor y alumno. El contenido del curso consiste en analizar los factores implicados en la amplificación o atenuación de los síntomas somáticos:

1. *Papel de la atención y uso de la relajación.* Tomando como punto de partida la consideración de que la atención puede tener un efecto amplificador sobre las sensaciones corporales y que la distracción puede paliarlas, se presenta material didáctico que ilustra esta afirmación y se incita a los pacientes a que ejemplifiquen estos fenómenos con experiencias personales. Por otra parte, se utiliza la extremada sensibilidad de los hipocondríacos a las sensaciones somáticas para enseñarles a focalizar la atención en las sensaciones de relax y bienestar y a desatender los síntomas desagradables. Para ello se recurre a la imaginación visual, la relajación progresiva, la relajación muscular, la respiración y los ejercicios sencillos de yoga. Finalmente, se les asignan tareas para casa con el propósito de que consoliden el aprendizaje.

2. *Cognición y reatribución de síntomas benignos.* Se presentan dos posibles modelos explicativos de las sensaciones corporales: el modelo cognitivo-perceptivo y el modelo de estrés. En relación al primero, se sugiere a los pacientes que consideren su sistema nervioso como un receptor de radio que posee un grado de sensibilidad tan elevado que hace que cualquier señal que reciba se incremente mucho y llegue a ser molesta. A continuación, se analizan e ilustran, por una parte, los efectos que tienen sobre las sensaciones somáticas las atribuciones causales que la persona hace de éstas y, por la otra, la influencia que ejercen las cogniciones de enfermedad en la percepción de los síntomas. En cuanto al segundo modelo, se presenta el concepto de estrés y las técnicas para su control, se proporciona información acerca de los concomitantes somáticos del estrés y sus consecuencias sobre el sistema inmunológico. Asimismo, se pide a los sujetos que estimen los estímulos estresantes existentes en su vida e identifiquen los recursos de que disponen para afrontarlos.

3. *Contexto situacional.* Se ejemplifica el papel que desempeña el contexto que rodea a una persona en el aumento o disminución de sus síntomas somáticos, en la percepción de éstos, en el significado que se les otorgue y en la genera-

ción de expectativas en cuanto a lo que uno debería sentir. Se solicita a los sujetos que, partiendo de sus propias observaciones, ilustren los efectos del contexto situacional. Este análisis permite que los sujetos se den cuenta de que pueden tratar de entender sus síntomas corporales ubicándolos en un "entorno" diferente. Así, en lugar de analizarlos dentro de un contexto de enfermedad grave no diagnosticada, pueden optar por aceptarlos y hacerles frente.

4. *Papel del afecto y los conflictos de dependencia.* Se explican e ilustran las repercusiones que ciertos estados afectivos negativos (p. ej., ansiedad, depresión) tienen en la percepción de las sensaciones somáticas. No obstante, esto se plantea con la cautela de no transmitir la idea de que los síntomas físicos se deben al malestar emocional. Además, se pide a los pacientes que analicen los estados emocionales que hacen empeorar sus síntomas. En muchas ocasiones esta tarea permite que afloren necesidades de dependencia.

Avia *et al.* (1996) han llevado a cabo un estudio controlado para someter a prueba la eficacia de este programa de tratamiento. La muestra utilizada estuvo compuesta por 17 sujetos con puntuaciones elevadas en determinadas medidas de hipocondría (8 de ellos cumplían los criterios diagnósticos del *DSM-III-R*), que fueron asignados aleatoriamente a tres grupos: dos grupos experimentales (de 4 y 5 pacientes cada uno) y un grupo control de lista de espera (de 8 pacientes). Los grupos experimentales recibieron terapia de grupo estructurada en seis sesiones semanales de hora y media cada una. Las cinco primeras sesiones se dedicaron a discutir los factores básicos que contribuyen al malestar somático: 1) atención selectiva e inadecuada; 2) tensión muscular/malos hábitos respiratorios; 3) factores ambientales; 4) estrés y estado de ánimo disfórico, y 5) explicaciones de las señales somáticas. En la última sesión se revisaron los temas abordados durante las sesiones anteriores y se rellenaron algunos cuestionarios. Los sujetos que permanecieron en lista de espera también recibieron el mismo tratamiento, una vez concluido éste en los grupos experimentales. Tras la intervención, los grupos experimentales obtuvieron mejorías que no se evidenciaron en el grupo control. En conjunto, los sujetos que fueron tratados (incluidos los del grupo de lista de espera) mostraron mejorías que se mantuvieron en los seguimientos realizados al mes y medio y al año de finalizada la intervención.

IV.2.2. El tratamiento de las interpretaciones catastróficas y los supuestos disfuncionales

Warwick y Salkovskis (Salkovskis, 1989; Warwick, 1989; y Warwick y Salkovskis, 1989, 1990) han elaborado un programa de tratamiento a partir de su formulación de la hipocondría como un trastorno cuyo componente nuclear es la interpretación catastrófica de las sensaciones y signos corporales. La intervención consiste en ayudar al paciente a detectar y cambiar los pensamientos automáticos negativos sobre sus síntomas físicos, las creencias desadaptativas sobre la salud y la enfermedad y las conductas problemáticas. Este programa de tratamiento consta de los siguientes elementos:

1. *Obtención del compromiso del paciente.* Para ello se ofrece al paciente un nuevo marco desde el cual entender su problema. En concreto, se le plantea la posibilidad de considerar durante un período de tiempo limitado (en torno a cuatro meses) que sus síntomas no son señal de una enfermedad grave (antigua hipótesis), sino de un problema de ansiedad (nueva hipótesis). Esta última se considera una hipótesis provisional que el sujeto podrá someter a prueba mediante la acumulación de la correspondiente evidencia.

2. *Autoobservación de los episodios de ansiedad por la salud.* Se instruye al paciente a registrar los estímulos que actúan como detonantes de un episodio de preocupación excesiva por la salud, y a identificar los pensamientos automáticos negativos y las conductas inadecuadas.

3. *Reatribución de los síntomas.* El núcleo principal de la intervención consiste en modificar las atribuciones negativas acerca del origen de las sensaciones somáticas. Para este fin, se requiere la identificación de los pensamientos negativos y la evidencia que los sustenta, así como la elaboración y comprobación de explicaciones alternativas más benignas de los síntomas. Esto último se realiza mediante técnicas verbales (p. ej., proporcionar cuadros explicativos de la información existente, adoptar el punto de vista de otra persona) y experimentos conductuales (p. ej., prestar atención al propio cuerpo, manipular conductas que pueden provocar síntomas).

4. *Cambio de las conductas desadaptativas.* Se trata de mostrar la influencia que ejercen determinadas conductas que realiza el sujeto en el mantenimiento de sus preocupaciones por la salud. Para ello se hacen preguntas, demostraciones directas y experimentos con conductas implicadas en el problema. También se utiliza, por una parte, la prevención de las conductas de verificación del estado corporal y de búsqueda de información tranquilizadora y, por la otra, la retirada de la atención a las preguntas y comentarios sobre los síntomas.

5. *Modificación de las creencias disfuncionales sobre la salud/enfermedad.* Para la modificación de tales creencias se recurre a procedimientos similares a los anteriores centrados en la reatribución y los experimentos conductuales.

El programa terapéutico de Warwick y Salkovskis cuenta también con evidencias a favor de su utilidad. Hasta el momento se ha presentado la descripción de diversos casos en los que se mostraba su eficacia (Warwick y Salkovskis, 1989), y se ha informado de un estudio en el que se comparó un grupo experimental (al que se le aplicó el tratamiento) con un grupo control (lista de espera), observándose que los pacientes tratados obtuvieron mejorías significativas (Warwick, Clark y Cobb, 1994; en Warwick, 1995a).

Recientemente, las autoras de este trabajo hemos descrito la aplicación de una versión adaptada y modificada del programa de tratamiento desarrollado por Salkovskis y Warwick, a un caso de hipocondría primaria (Martínez y Botella, 1995). Con la terapia, que se llevó a cabo en 10 sesiones de una hora de duración y con una periodicidad semanal, la paciente experimentó una notable mejora que se mantuvo en los seguimientos realizados a los dos y seis meses.

V. PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN

Este epígrafe está dedicado a describir con cierto detalle el programa de tratamiento que hemos estructurado a partir de las directrices sugeridas por Salkovskis y Warwick (Salkovskis, 1989, 1991; Salkovskis y Warwick, 1986; Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1989, 1990)².

El protocolo que presentamos consta de dos fases; la primera está destinada a la evaluación del problema, y la segunda comprende el núcleo de intervención propiamente dicho.

V.1. Fase de evaluación

El proceso de evaluación se realiza en tres sesiones siguiendo, en líneas generales, las indicaciones de Salkovskis (1989)³ (véase cuadro 12.2).

Las dos primeras sesiones se dedican a profundizar en el conocimiento del problema mediante la información verbal que proporciona el paciente. Esta información puede completarse utilizando una anamnesis clínica y un cuestionario biográfico que permitan tener una perspectiva más completa de su situación vital.

Sesiones I y II

AGENDA

1. Descubrir la actitud del paciente hacia el tratamiento psicológico
2. Tácticas para conseguir la cooperación del paciente.
3. Breve descripción del problema.
4. Inicio y curso del problema.
5. Descripción detallada del problema
6. Variables moduladoras.
7. Evitación
8. Reacción de otras personas significativas.
9. Historia de tratamientos anteriores
10. Grado de *handicap*: social/laboral/ocio.
11. Creencias acerca del origen, causa y curso del problema.
12. Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas.
13. Situación psicosocial.

² Atendiendo a las indicaciones de Salkovskis (1989), también se incorporaron algunas técnicas utilizadas en el tratamiento del trastorno por pánico (Clark, 1989).

³ De acuerdo con las sugerencias de Salkovskis (1989), también se tuvieron en cuenta los aspectos básicos de la evaluación cognitivo-conductual recogidos por Kirk (1989). En un trabajo reciente Warwick (1995b) ha descrito con mayor detalle el proceso de evaluación de las preocupaciones hipocondríacas.

CUADRO 12.2. *Resumen de las principales áreas de evaluación* (Salkovskis, 1989)

Entrevista

- Actitud del paciente ante el hecho de haber sido remitido al psicólogo y respecto al problema
- Detalles del problema: cognitivo, fisiológico, conductual, afectivo, historia de tratamientos anteriores
- Qué cosas hacen que el problema empeore y qué cosas que mejore
- Grado de *handicap*: social/laboral/ocio.
- Creencias acerca del origen, causa y curso de la enfermedad.
- Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas.

Autoobservación

- Registros del problema, pensamientos asociados, estado de ánimo, conductas, uso de medicación, consecuencias del problema.

Questionarios

- Ansiedad, depresión, cuestionarios específicos.

Medidas fisiológicas

- Medidas criterio específicas en su caso
- Determinación de las variaciones percibidas en la función corporal implicada

1. *Descubrir la actitud del paciente hacia el tratamiento psicológico*

Explorar las creencias que puede tener el paciente con respecto a la terapia y a sus posibles consecuencias (p. ej., cuando su médico le dijo que le remitiría a un psicólogo, ¿cuál fue su reacción?, ¿en qué medida cree que una ayuda psicológica puede resultarle beneficiosa?).

2. *Tácticas para conseguir la cooperación del paciente*

El propósito es conseguir la suficiente implicación por parte del paciente para que sea factible la evaluación psicológica del problema. Una forma de lograr la cooperación es informar que el trabajo del psicólogo también incluye el tratamiento de problemas que, aunque sean orgánicos (p. ej., úlceras de estómago, hipertensión), pueden verse influenciados por distintos factores psicológicos. Otra táctica consiste en plantear que el objetivo de la entrevista radica en profundizar en el conocimiento de su problema y que, por tanto, la decisión sobre si la ayuda psicológica es conveniente y si desea recibirla no sería prudente tomarla en este momento, sino que se debería postergar para más adelante cuando se hubiera obtenido toda la información del caso.

Si a pesar de estas aclaraciones el paciente continúa poniendo objeciones a la

evaluación, el terapeuta puede alegar que aunque comprende su negativa, ya que el paciente estima que su problema es claramente orgánico, le sugiere que se plantee si no ha tenido nunca, al menos, un 1% de duda de que pudiera estar equivocado («quizás no tenga tal enfermedad»). Puesto que el paciente suele contestar de manera afirmativa, se le propone que considere el porcentaje de duda como un ejercicio para asegurarse de que ha abordado su problema de todas las maneras posibles.

3. *Breve descripción del problema*

Se recurre a preguntas abiertas tales como: ¿puede explicarme en pocas palabras cuál es su problema principal? Para conseguir una buena relación resulta útil recurrir a comentarios que reflejen la comprensión que ha logrado el terapeuta del malestar que sufre el paciente. Asimismo, es conveniente resumir y parafrasear la exposición que éste hace del problema con el fin de verificar que ha sido entendido correctamente.

4. *Inicio y curso del problema*

Identificación de los factores que pueden haber sido responsables del inicio del problema (p. ej., ¿cuándo empezó a preocuparse en exceso por su salud?, ¿en qué circunstancias?) y de sus fluctuaciones (p. ej., ¿el problema ha ido empeorando progresivamente?, ¿ha habido momentos en los que la gravedad de los síntomas ha oscilado?).

5. *Descripción detallada del problema*

Con el fin de obtener información más específica del estado del paciente, se le pide que describa una ocasión reciente en la que se haya preocupado por sus molestias físicas (descripción relativa del antes, durante y después del episodio): situación (p. ej., ¿cuándo ocurrió?, ¿dónde estaba?, ¿qué estaba haciendo?, ¿quién estaba presente?); síntomas físicos (p. ej., ¿qué sensaciones corporales experimentó?); cogniciones (p. ej., cuándo empezó a sentir los síntomas, ¿qué pensamientos pasaron por su mente?, ¿qué imágenes mentales tuvo?; en el momento más crítico de los síntomas, ¿qué pensó que era lo peor que podría suceder en ese momento?, ¿qué pensó que podría ocurrir con el paso del tiempo?); conductas (p. ej., ¿qué hizo cuando aparecieron los síntomas?, ¿hizo algo para intentar detener el problema?); y emociones (p. ej., ¿cómo se sintió cuando surgió el problema? —nervioso, alterado, triste, deprimido, enfadado, irascible, etc.).

En relación con la dimensión conductual del problema hay que explorar la presencia de conductas tales como dejar de realizar actividades, acostarse, tomar pastillas, etc. Hay también que evaluar específicamente las conductas de comprobación corporal y búsqueda de información tranquilizadora de fuentes médicas y no médicas (p. ej., comentar a los familiares los síntomas).

6. Variables moduladoras

Averiguar qué factores (situacionales, conductuales, cognitivos, afectivos, interpersonales y/o fisiológicos) hacen que el problema empeore y cuáles que mejore con preguntas como las siguientes: ¿ha notado si hay algo que haga que los síntomas se presenten con más fuerza o que sean más probables?, ¿hay algo que le ayude a controlar el problema, o que disminuya la probabilidad de que aparezca?, ¿ha notado alguna pauta de acuerdo con el día de la semana, momento del mes, o del año?, etcétera.

7. Evitación

Explorar aquellas conductas, actividades, acciones, etc., que el paciente ha dejado de hacer debido al problema (evitación pasiva), así como aquellas que realiza por considerar que lo controlan o mejoran (evitación activa). Identificar también los pensamientos asociados a dichas conductas. Para ello se puede recurrir a preguntas como: ¿hay alguna situación que evite debido al problema?, ¿hay cosas que su problema le impide hacer?, ¿hay cosas que antes de aparecer el problema solía hacer y que ahora no hace?, cuando nota sus síntomas, ¿hay alguna actividad que no haría?, si no evita esa actividad, ¿qué cree que puede ocurrir?, ¿hay algo que haga cuando nota el problema para evitar que éste se agudice?, cuando nota los síntomas, ¿qué hace para protegerse?, si no lo hiciera, ¿qué cree que sería lo peor que podría suceder?, etcétera.

8. Reacción de otras personas significativas

¿Qué piensa X (p. ej., pareja, padres, hijos, amigos íntimos) sobre su problema?, ¿qué hace X cuando usted le expresa su malestar físico?

9. Historia de tratamientos anteriores

Se explora mediante las siguientes preguntas: ¿ha consultado su problema con algún médico?, ¿a cuántos médicos ha visitado?, ¿cuándo?, ¿le merecían confianza?, ¿qué pruebas clínicas le hicieron?, ¿cree que éstas son las idóneas?, ¿cuáles fueron los resultados?, ¿que le dijeron que tenía?, ¿se quedó más tranquilo?, ¿toma medicación? (prescrita o no prescrita).

10. Grado de handicap: social/laboral/ocio

Evaluar el grado en que el problema perturba la vida del paciente a nivel de relaciones sociales, trabajo y actividades en el tiempo libre (p. ej., ¿en qué medida afecta el problema a su vida social habitual?, ¿se ha visto alterado su funcionamiento en el trabajo?, ¿su problema ha influido en las actividades habituales que realiza en sus ratos de ocio?, etcétera).

11. Creencias acerca del origen, causa y curso del problema

Para ello se utilizan preguntas tales como: en su opinión, ¿cuál es la causa del problema?, ¿qué piensa que produce sus síntomas?, etc. Cuando el paciente exponga explícitamente que piensa que el factor responsable es la presencia de algún problema orgánico, el terapeuta puede intervenir del siguiente modo: ¿hay algo en sus síntomas que le haga pensar que están causados por una enfermedad grave?, ¿qué tienen sus síntomas que le induzca a pensar que no puedan ser debidos a otros factores?

12. Creencias generales sobre la naturaleza y significado de los síntomas

Determinar las creencias disfuncionales acerca de la salud y de la enfermedad que pueden hacer pensar al paciente que sufre una grave enfermedad (p. ej., «los síntomas corporales siempre son señal de enfermedad»).

13. Situación psicosocial

Exploración de aspectos relativos a las actividades profesionales, la familia, las relaciones sociales, la sexualidad, las aficiones, etcétera.

También es necesario obtener información sobre la historia familiar de enfermedades padecidas y las actitudes hacia la enfermedad. Con este propósito, se formulan preguntas como las siguientes: ¿qué enfermedades importantes ha padecido usted?, ¿en que época de su vida?, ¿qué supuso para usted?, ¿hubo o hay algún caso de enfermedad en su familia que merezca ser mencionado o que le haya afectado especialmente?, ¿qué enfermedad?, ¿quién la padece?, ¿ha influido esto en usted?, ¿ha habido algún fallecimiento en su contexto cercano?, ¿quién ha fallecido?, ¿cuándo?, ¿cuál fue la causa de la muerte?, ¿en que medida le ha afectado este hecho?, ¿cuál ha sido la actitud familiar (padres, cónyuge, etc.) hacia la enfermedad? (p. ej., protectora, despreocupada por la salud), etcétera.

Al final de la 2ª sesión de evaluación, se muestra al paciente cómo rellenar el *Diario de hipocondría (forma simple)*⁴ insistiendo en la importancia de rellenarlo con el fin de recabar información adicional sobre su estado. Este instrumento permite que el propio paciente registre sus sensaciones corporales desagradables y estime la gravedad de éstas según una escala que va de 0 («ausencia») a 5 («intensos, incapacitantes —no me permiten hacer nada—»); la hora del día y situación que antecede al episodio en que se experimentan (qué estaba haciendo o pensando); las atribuciones causales de los síntomas y la estimación del grado de creencia en tales atribuciones de acuerdo con una escala de 0 («no lo creo en absoluto») a 100 («estoy completamente convencido de que es verdad»); las emociones que generan y su intensidad puntuadas según un intervalo de 0 («ausencia») a 100 («extremadamente intensa»); y, finalmente, las conductas que

⁴ Elaborado por C. Botella y P. Martínez a partir de Clark (1989) y Salkovskis (1989).

desencadenan (qué hace o deja de hacer). En el anexo 1 se presenta una muestra de este diario.

Sesión III

Esta sesión se dedica a recoger datos complementarios a través de cuestionarios de autoinforme que evalúan variables clínicas generales y variables más específicas de la hipocondría. Así, para la estimación de la ansiedad se puede recurrir al *Inventario de ansiedad estado-rasgo* (*State-trait anxiety inventory*, STAI, Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970); para conocer el grado de depresión cabe utilizar el *Inventario de depresión de Beck* (*Beck depression inventory*, BDI; Beck et al., 1979); para explorar los síntomas somáticos puede ser útil la *Escala de hipocondría del "Inventario multifásico de personalidad, de Minnesota"* (*Hypochondriasis Scale —Hs— Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI; Hathaway y McKinley, 1967); y para determinar la perturbación que ocasiona el problema resulta una buena opción la *Escala de adaptación* (Echeburúa y Corral, 1987, en Borda y Echeburúa, 1991).

Como instrumentos que permiten explorar variables más directamente implicadas en la psicopatología de la hipocondría se pueden emplear las *Escalas de actitud hacia la enfermedad* (*Illness attitude scales*, IAS; Kellner, 1987), el *Cuestionario de conducta de enfermedad* (*Illness behaviour questionnaire*, IBQ; Pilowsky y Spence, 1983), y la *Escala de amplificación somatosensorial* (*Somatosensory amplification scale*, SSAS; Barsky, Wyshak y Klerman, 1990).

Para la valoración semanal de las manifestaciones hipocondríacas del paciente se puede aplicar el *Cuestionario de evaluación del estado actual* (CEEA)⁵. Explora el estado actual del problema a partir de 9 ítems a los que el paciente tiene que contestar de acuerdo con una escala que comprende entre 0 («nada») y 100 («muchísimo»). En el anexo 2 se presenta una muestra de este instrumento.

v.2. Fase de tratamiento

El tratamiento pretende cumplir los siguientes objetivos (Warwick, 1989; Warwick y Salkovskis, 1990): 1) detectar los supuestos disfuncionales sobre la sintomatología somática, la enfermedad y las conductas de salud, y reemplazarlos por otras creencias más adaptativas; 2) conseguir la reatribución de los síntomas corporales no patológicos a causas benignas con mayor probabilidad de ocurrencia, y 3) suprimir los comportamientos problemáticos involucrados en el mantenimiento de la preocupación exagerada por la salud.

El programa de intervención está diseñado para su aplicación a lo largo de 10 sesiones de aproximadamente una hora de duración (a excepción de la primera que suele tener una duración algo mayor) y con una periodicidad semanal. Las sesiones se estructuran en tres fases diferenciadas: 1ª fase: formulación del

⁵ Elaborado por C. Botella y P. Martínez.

modelo y obtención del compromiso (sesiones 1 y 2); 2ª fase: estrategias de intervención (sesiones 3, 4, 5, 6, 7 y 8), y 3ª fase: prevención de recaídas (sesiones 9 y 10).

Es recomendable que la aplicación de las diversas estrategias de intervención que componen el programa vaya guiada por los principios generales que se presentan en el cuadro 12.3.

Formulación del modelo y obtención del compromiso

1ª Sesión

AGENDA

1. Plantear la hipótesis que el paciente considera que explica el problema ("trastorno orgánico").
2. Proponer una nueva hipótesis alternativa a la anterior ('problema de ansiedad')
Explicar al paciente:
 - a) qué es la ansiedad

CUADRO 12.3. Principios generales del tratamiento cognitivo-conductual de los problemas somáticos relacionados con la ansiedad (Salkovskis, 1989)

1. El objetivo es ayudar al paciente a identificar en qué consiste el problema y no lo que no es.
2. Reconocer que los síntomas existen realmente y que el tratamiento aspira a ofrecer una explicación satisfactoria para los mismos.
3. Distinguir entre dar información relevante en oposición a reasegurar con información irrelevante o repetitiva.
4. Las sesiones de tratamiento no deberán ser nunca combativas. Preguntar y colaborar con el paciente es el estilo adecuado, como en todas las terapias cognitivas en general.
5. Las creencias del paciente están invariablemente basadas en una evidencia que es convincente para él; antes que desaprobando la creencia, descubra la observación que el paciente toma como evidencia y trabájela en colaboración con él.
6. Establezca un contrato por un periodo de tiempo limitado que cubra las exigencias del terapeuta mientras tenga en consideración los temores del paciente.
7. La atención selectiva y sugestionabilidad típica de muchos pacientes debe utilizarse para demostrar la forma en que la ansiedad puede dar lugar a la creación de síntomas e 'información' a partir de hechos inocuos.
8. Lo que los pacientes hayan entendido de lo hablado en la sesión de tratamiento debe ser siempre comprobado pidiéndoles que hagan un resumen de ello y de la forma en que les repercute.

- b) valor adaptativo de la ansiedad.
 - c) formas de manifestarse la ansiedad
 - d) relación entre pensamiento, emoción y conducta.
 - e) presentación del modelo cognitivo-comportamental de la hipocondría de Warwick y Salkovskis por medio de un ejemplo de "fobia cardíaca"
 - f) elaboración de un modelo similar para el caso del paciente
- 3 Tareas para casa.
1. *Plantear la hipótesis que el paciente considera que explica el problema ("trastorno orgánico")*

Se inicia la sesión resumiendo la información que el paciente proporcionó en los encuentros anteriores (p. ej., síntomas que experimenta, lo que piensa respecto a ellos, el modo en que le afectan) haciendo hincapié en los datos que éste plantea como evidencia de la existencia de una enfermedad física grave.

2. *Proponer una nueva hipótesis alternativa a la anterior ("problema de ansiedad")*

Puede introducirse la hipótesis explicativa alternativa haciendo ver al paciente que existen datos que no "encajan" en la idea de enfermedad que sostiene. Para ello se subraya el hecho de que el médico no ha detectado ninguna enfermedad y que las pruebas, exámenes y reconocimientos médicos realizados no han puesto de manifiesto la existencia de ningún problema físico. A continuación, y frente a la hipótesis explicativa inicial que mantiene el paciente (se encuentra gravemente enfermo), el terapeuta propone la posibilidad de contemplar el problema desde una perspectiva distinta considerándolo como un problema de ansiedad.

Para ir introduciendo al paciente en la comprensión de este nuevo planteamiento se presentan conceptos introductorios generales que se discuten e ilustran con diversos ejemplos que pueden ser abstractos u obtenidos de sus propias experiencias cotidianas. La parte educativa de esta sesión está destinada a comentar los siguientes puntos:

- a. *Qué es la ansiedad.* Se describe la ansiedad como una emoción que todas las personas experimentamos y que funciona como un mecanismo de alarma que se activa cuando percibimos una situación como amenazante.
- b. *Valor adaptativo de la ansiedad.* Se hace hincapié en que esta reacción tiene un valor adaptativo puesto que permite a las personas poner en funcionamiento los medios necesarios para hacer frente al peligro o escapar de éste. No obstante, la ansiedad puede convertirse en problemática en determinadas circunstancias, como, por ejemplo, cuando se activa ante situaciones inofensivas.
- c. *Formas de manifestarse la ansiedad.* La ansiedad se expresa a tres niveles: fisiológico, cognitivo y conductual. Respecto al primero se plantea que cuando una persona experimenta niveles elevados de ansiedad se produce una serie de cambios en su cuerpo. Esto es debido al incremento de la activación fisiológica del sistema nervioso autónomo, que es la parte del sistema nervioso que controla el funcionamiento de muchos de nuestros órganos internos (p. ej., sistemas

cardiovascular y gastrointestinal). De este modo, cuando una persona se siente ansiosa experimenta una serie de síntomas tales como el incremento de la tasa cardíaca, la dificultad para respirar, la sensación de mareo o de vértigo, la tensión muscular, el aumento de la sudoración, etc. Todas estas sensaciones asociadas a la activación fisiológica, aunque pueden resultar molestas, no suponen ningún peligro para la salud de la persona.

En cuanto al nivel cognitivo, se plantea que el modo en que reaccionamos ante una determinada situación depende, en gran medida, de cómo la interpretamos, es decir, de lo que pensamos sobre ella. Para ilustrar la influencia de los pensamientos se expone el siguiente ejemplo: no reaccionaremos igual ante un comentario insultante de un conocido si lo interpretamos como una muestra intencional de hostilidad hacia nosotros que si lo consideramos consecuencia de un mal día de nuestro interlocutor.

Finalmente, se indica que la ansiedad también puede manifestarse a nivel conductual, haciendo que evitemos situaciones que en ocasiones anteriores nos habían generado ansiedad o anticipemos que pueden provocarnos este estado emocional (conducta de evitación), o que abandonemos una situación en la que empezamos a sentirnos ansiosos (conducta de escape).

d. *Relación entre pensamiento, emoción y conducta.* Esta relación puede ilustrarse recurriendo a un ejemplo en la línea del que sugieren Beck *et al.* (1979, pp. 138-139). En este ejemplo se invita al paciente a que imagine que estando solo en su casa a media noche oye un golpe en otra habitación. Utilizando una serie de preguntas (p. ej., ¿cómo se hubiese sentido si hubiese pensado...?, ¿qué habría hecho?) se le hace ver que si hubiera tenido un pensamiento negativo del tipo de «ha entrado un ladrón», se hubiera puesto ansioso y habría emprendido acciones dirigidas a minimizar el peligro (esconderse o llamar a la policía). Sin embargo, si hubiese pensado «la ventana está abierta y el viento la ha golpeado», se hubiese sentido tranquilo y se hubiese comportado de manera distinta: simplemente habría ido a cerrar la ventana.

Para ilustrar la relación entre pensamientos, emociones y conductas puede ser útil recurrir a algunos de los episodios de preocupación por la salud registrados por el paciente en el diario simple.

Asimismo, y en relación con la sintomatología física, se presenta información sobre la manera en que determinados factores influyen en la aparición y exacerbación de las sensaciones y signos corporales. Para ilustrar esta cuestión se plantean ejemplos como el hecho de notar un incremento de las palpitaciones o sufrir diarrea cuando nos encontramos nerviosos, o el empeoramiento que se origina en el proceso de curación de una herida si se la toca constantemente.

e. *Presentación del modelo cognitivo-comportamental de la hipocondría de Warwick y Salkovskis (desarrollo y mecanismos que mantienen el problema) a través de un ejemplo de "fobia cardíaca".* La siguiente descripción puede servir como caso típico de "fobia cardíaca" (modificado de Warwick y Salkovskis, 1989):

Un hombre, desde la muerte de su padre por un tumor cerebral hace 15 años, empezó a creer que «los síntomas corporales siempre indican la presencia de una

enfermedad, ya que de lo contrario no existirían.» Recientemente y a partir de la muerte repentina e inesperada de un amigo debido a un infarto, comenzó a centrarse en síntomas corporales, como el aumento de las palpitaciones, que hasta ese momento le habían pasado desapercibidos. Esto dio lugar a la activación de su creencia y a la aparición de una serie de ideas en relación con sus síntomas. Así, empezó a tener pensamientos negativos como: «puedo tener una enfermedad del corazón», «puedo sufrir un infarto», «esto no tiene solución», «me voy a morir», etc.; y también imágenes desagradables como verse a sí mismo en un ataúd y a su familia llorando a su alrededor. Todo ello le produjo una gran ansiedad y preocupación por su salud: constantemente observaba los síntomas de su pecho, se tomaba con frecuencia el pulso, observaba el hormigueo de su brazo izquierdo aplicando presión a sus músculos, preguntaba a su mujer para que lo tranquilizase, evitaba el ejercicio físico y casi todas las semanas iba al médico, pese a que éste le había asegurado en numerosas ocasiones que el estado de su corazón era absolutamente normal.

A partir del relato expuesto y de las preguntas que se le formulan al paciente para que él mismo vaya generando la información (p. ej., ¿qué opina sobre este caso?, ¿qué importancia considera que tuvo la muerte de su amigo?, ¿qué influencia tiene la conducta del paciente en su preocupación por los síntomas?, ¿cuál piensa que es la causa del problema?), se elabora un esquema explicativo de la secuencia de desarrollo y de los factores mantenedores de la "fobia cardíaca" presentada.

f. *Elaboración de un modelo similar para el caso del paciente.* Las ilustraciones que se esbozan provocan una buena disposición en el paciente para que acepte analizar su caso en términos semejantes a los expuestos. Para ello, intentando siempre conseguir una participación activa por parte del paciente, se diseñan esquemas explicativos que incluyan la información relevante recogida durante la evaluación.

En aquellos casos en los que el paciente no dé credibilidad a la alternativa propuesta, el terapeuta puede intervenir preguntándole si no ha pensado, ni por un solo instante, que pudiera haber alguna otra explicación para sus síntomas distinta a la de grave enfermedad física; si no ha tenido nunca, al menos un 1% de duda de que su creencia acerca de que padece una determinada enfermedad pueda ser errónea.

3. Tareas para casa

Se entregan al paciente las figuras elaboradas en la sesión y se le pide, como tarea para casa, que reflexione sobre ellas y elabore una lista de ideas con las que está de acuerdo y otra con las que no lo está, así como cualquier comentario o duda adicional que quisiera exponer.

Un aspecto crucial a tener en cuenta a lo largo de todo el proceso de intervención es la tendencia del paciente hipocondríaco a atender selectivamente a la información que es concordante con su creencia de enfermedad. Por ello, y con

⁶ Para que el paciente compruebe cómo puede influir la conducta en la producción de los síntomas, se le pide que apriete fuertemente el antebrazo, lo que hace que al cabo de un rato perciba la parestesia.

el fin de mantener un *feedback* constante, es aconsejable solicitar al paciente que resuma las principales cuestiones abordadas en la sesión así como las ideas que cree que ha aprendido en ella.

2ª Sesión

AGENDA

1. Aclaración de las dudas respecto al modelo cognitivo-conductual de la hipocondría.
2. Comparación de las dos hipótesis explicativas del problema.
3. Establecimiento del contrato terapéutico.
4. La lógica del tratamiento.
5. Tareas para casa.

1. *Aclaración de las dudas respecto al modelo cognitivo-conductual de la hipocondría*

Este punto se dedica al repaso de las cuestiones fundamentales planteadas en la sesión anterior y a la solución de los posibles problemas que hayan surgido al respecto. Es importante insistir de manera reiterada a lo largo de las sesiones en el modelo propuesto, ya que éste constituye la base que justifica el empleo de las diversas estrategias de tratamiento.

2. *Comparación de las dos hipótesis explicativas del problema*

Se evalúa la lógica, utilidad, ventajas e inconvenientes de cada una de las hipótesis explicativas del problema (enfermedad física *vs.* ansiedad). Esta cuestión puede discutirse a partir de preguntas como las siguientes: ¿cuántas veces ha intentado abordar su problema como si fuese un trastorno orgánico?, ¿desde cuándo ha estado intentando resolver su problema y librarse de los síntomas recurriendo exclusivamente a un medio médico? (como ir al médico, realizarse pruebas y reconocimientos, etc.), ¿qué eficacia ha tenido la estrategia seguida por el paciente hasta el momento?, ¿ha probado correctamente en alguna ocasión el acercamiento psicológico alternativo propuesto?, ¿ha intentado alguna vez tratar el problema como si fuese ansiedad?, ¿cuál de las dos hipótesis propuestas parece tener más sentido, a la luz de los datos existentes hasta el momento?

3. *Establecimiento del contrato terapéutico*

Se ofrece al paciente una propuesta consistente en abordar su problema, de acuerdo con el esquema explicativo elaborado, durante un período de tiempo limitado (8 semanas). Esta alternativa se oferta como una hipótesis de trabajo que debe someterse a prueba mediante la acumulación de la evidencia correspondiente. Se hace ver al paciente que la aceptación de la propuesta no implica ningún perjuicio para él, puesto que si la intervención psicológica fracasa, al menos

le quedará la certeza de saber que ha considerado todas las posibles formas de abordar el problema y podrá retomar su concepción somática inicial.

En el hipotético caso de que el paciente se muestre reticente a iniciar una intervención psicológica a menos que se someta a una última "prueba final" (reconocimiento médico), podemos actuar del modo siguiente:

1. Que un médico vuelva a realizarle un examen físico para tranquilizarle.
2. Evaluar la ansiedad con respecto a la salud, la convicción de enfermedad y la necesidad de datos tranquilizadores antes, inmediatamente después y transcurrido un período más largo, tras la intervención del médico.

Este tipo de actuación permitirá mostrar al paciente el papel que desempeña la información tranquilizadora en el mantenimiento de la preocupación por la salud y facilitará una de las facetas de la intervención: la prevención de respuesta. En este caso, la técnica estará encaminada a la supresión de la información tranquilizadora, tanto médica como no médica. Esta actividad puede proponerse como experimento conductual a lo largo de la terapia.

4. La lógica del tratamiento

Partiendo de este nuevo punto de vista que supone entender el problema del paciente como un problema de ansiedad, el tratamiento estará orientado a cortar el círculo vicioso que contribuye al fomento de la preocupación por la salud. Por supuesto, este enfoque no pone en duda la veracidad de los síntomas, únicamente pretende explorar explicaciones alternativas y buscar evidencias que permitan someter a prueba si la nueva conceptualización puede ser útil para el paciente.

5. Tareas para casa

Se solicita al paciente que reflexione sobre cómo cree que va a ser el tratamiento y que conteste a las siguientes preguntas: ¿por dónde se podría cortar el círculo de la ansiedad por la salud?, ¿qué cosas debería hacer y qué cosas no debería hacer para ayudarse a sí mismo?

Estrategias de intervención

3^a Sesión

AGENDA

1. Aclaración de las dudas acerca del tratamiento.
2. Discusión del factor conductual en el mantenimiento del problema
3. Lista de "autoprohibiciones"
4. Pautas de actuación para los familiares
5. Tareas para casa.

1. Aclaración de las dudas acerca del tratamiento

Se comentan las respuestas del sujeto a las preguntas propuestas en la sesión anterior a modo de tarea para casa y se exponen sucintamente los componentes del tratamiento, insistiendo en que la finalidad de la terapia es analizar los factores involucrados en su preocupación exagerada por la salud y a enseñarle a pensar de forma más realista y adaptativa sobre sus síntomas.

2. Discusión del factor conductual en el mantenimiento del problema

El propósito de esta discusión consiste en mostrar al paciente las repercusiones perniciosas que tienen algunas de las conductas que realiza en relación a sus síntomas somáticos y a su preocupación por éstos. Entre dichas conductas figuran la evitación de determinadas actividades (p. ej., ejercicio físico, relaciones sexuales), las restricciones autoimpuestas, la autoinspección y manipulación repetida del área afectada, la búsqueda de información tranquilizadora (p. ej., solicitud de atención médica, repetición de pruebas y análisis clínicos, comentar a familiares y amigos los síntomas físicos y sus creencias sobre el significado de éstos, lecturas acerca de trastornos físicos graves). Más específicamente, el análisis del factor conductual tiene una doble finalidad: por una parte, someter a prueba la creencia del paciente de que la conducta «le mantiene a salvo de una enfermedad grave» y, por la otra, determinar si las conductas que el paciente cree que alivian sus síntomas realmente lo hacen.

Un experimento conductual útil para que el paciente comprenda los efectos de sus patrones conductuales de evitación consiste en indicarle que realice tales actividades (p. ej., deporte si tiene miedo a un ataque de corazón) y compruebe si esto precipita el acontecimiento fatal que anticipa.

Para mostrar las repercusiones de las conductas de autoinspección corporal sobre los síntomas se puede pedir al paciente que toque y presione con fuerza la parte de su cuerpo que le preocupa para que pueda apreciar el incremento del dolor y malestar que ello origina.

La discusión del papel de las solicitudes de consultas médicas en el mantenimiento del problema se puede realizar utilizando los resultados del ejercicio de la "prueba final" descrito en la sesión anterior. Con ello se hace ver al paciente que este tipo de conducta, aunque inicialmente pueda tranquilizarle, a la larga aumenta la ansiedad y la preocupación por su estado de salud. Esta misma lógica puede emplearse para demostrar la influencia de comentar a los demás los síntomas con el fin de que éstos le tranquilicen.

Asimismo, puede resultar útil ilustrar las consecuencias de las frecuentes lecturas sobre enfermedades pidiendo al paciente que lea durante la sesión un artículo sobre un trastorno orgánico grave (p. ej., cáncer de mama, tumor cerebral, esclerosis múltiple), explorando los pensamientos (inmediatos o demorados) que dicha lectura provoca.

3. Lista de "autoprohibiciones"

Tras la discusión de las cuestiones anteriores, el paciente suele estar dispuesto a elaborar junto con el terapeuta un listado de actividades, que no podrá realizar. Las "prohibiciones" autoimpuestas suelen ser las siguientes: 1) realizar visitas innecesarias a médicos y repetir exploraciones clínicas; 2) hablar de sus síntomas a familiares, amigos y compañeros de trabajo; 3) informarse (lecturas, TV, radio) o conversar con otras personas sobre temas relacionados con enfermedades, y 4) observarse o tocar las zonas de su cuerpo objeto de sus preocupaciones.

4. Pautas de actuación para los familiares

A los familiares y demás personas significativas para el paciente también se les involucra en el tratamiento. En concreto, se les informa de los efectos negativos que tienen sus intentos de tranquilizar al paciente y se les da la siguiente pauta de actuación: «cuando X le hable de sus molestias físicas y de temas relacionados con la enfermedad, dígame con tono de voz neutro (ni agresivo ni demasiado suave) lo siguiente: "no puedo contestar a tus comentarios". Si insiste de nuevo, vuelva a repetir la frase anterior e intente hablar de otro tema. Repita la frase tantas veces como sea necesario».

5. Tareas para casa

A partir de la 3ª sesión y hasta el final del tratamiento se incluye como ejercicio semanal la elaboración de una lista de lo que ha aprendido en la sesión.

Asimismo, y si el paciente presenta un componente fóbico importante, se pueden proponer tareas de afrontamiento con el fin de que aprenda a controlar los estímulos (tanto internos como externos) relacionados con la enfermedad y la muerte.

4ª Sesión

AGENDA

1. Aclaración de los problemas con las "autoprohibiciones"
2. Cuestionamiento verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas (I):
 - a) Prueba de hipótesis.
 - b) ¿Existen, por tanto, otras interpretaciones alternativas a lo que me sucede?
 - c) ¿Me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo vaya a suceder, o por el contrario, hace que me ponga más nervioso?
 - d) ¿Me he planteado metas poco realistas e inalcanzables?
 - e) ¿Estoy olvidando hechos relevantes o centrándome demasiado en hechos irrelevantes?
 - f) ¿Qué pensaría otra persona en mi situación?
3. Tareas para casa

1. Aclaración de los problemas con las "autoprohibiciones"

Resulta bastante usual que los pacientes informen que no han respetado algunas de las "prohibiciones" propuestas. El terapeuta puede responder a este tipo de situaciones de acuerdo con las indicaciones de Avia (1993): reforzar al paciente por las autoprohibiciones que sí ha podido cumplir, explicar que puesto que éste es un tipo de comportamiento extremadamente arraigado se requerirá tiempo y práctica para ir modificándolo e ir aprendiendo otro modo más adecuado de actuar, recordar las razones por las cuales no sería aconsejable volver de nuevo a las pautas iniciales de actuación y animarle a seguir trabajando en la línea propuesta.

2. Cuestionamiento verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas (I)

Para que el paciente aprenda a cuestionar sus propias ideas de enfermedad se utiliza una serie de procedimientos que permiten que éste analice y valore con lógica y realismo el grado de veracidad o falsedad que contiene cada una de las dos hipótesis explicativas de su problema.

- a. Comprobación de la hipótesis. Consiste en examinar la evidencia a favor y en contra de la interpretación negativa de los síntomas y de la explicación alternativa de éstos. Los pasos a seguir son los siguientes:
 1. Exponer claramente el pensamiento negativo del paciente, es decir, la interpretación errónea de los síntomas como indicadores de la presencia de una enfermedad física grave (p.ej., «tengo esclerosis múltiple»).
 2. Estimación por parte del paciente de la creencia en el pensamiento negativo en una escala de 0 a 100, donde 0 significa «no lo creo en absoluto» y 100 «estoy completamente convencido de que es verdad».
 3. Buscar, identificar y anotar las evidencias a favor del pensamiento negativo.
 4. Buscar, identificar y anotar las evidencias en contra del pensamiento negativo.
 5. Sumar las evidencias (que paciente y terapeuta estén de acuerdo en el resultado).
 6. Generar una explicación alternativa para los síntomas a través de preguntas y observaciones que sean consistentes con la alternativa.
 7. Buscar, identificar y anotar las evidencias a favor de la explicación alternativa.
 8. Buscar, identificar y anotar las evidencias en contra de la explicación alternativa.
 9. Sumar las evidencias (que paciente y terapeuta estén de acuerdo en el resultado).

10. Volver a estimar el grado de creencia en el pensamiento negativo en dos momentos: ahora, que está tranquilo en el despacho del terapeuta, y cuando note los síntomas.
11. Estimación de la creencia en la explicación alternativa en dos momentos: ahora, que está tranquilo en el despacho del terapeuta, y cuando note los síntomas.

El proceso de ayudar al paciente a que cuestione sus propios pensamientos negativos puede realizarse a través de otro tipo de reflexiones como las que se plantean seguidamente.

- b. ¿Existen, por tanto, otras interpretaciones alternativas a lo que me sucede? Se pretende hacer hincapié en que los síntomas no tienen por qué ser consecuencia, única y exclusivamente, de la presencia de una grave enfermedad, sino que existen otras explicaciones diferentes, benignas y más probables, que pueden dar cuenta de ellos.
- c. ¿Me ayuda pensar en la posibilidad de que lo que temo vaya a suceder, o por el contrario, hace que me ponga más nervioso? Con este interrogante se pretende incidir en la utilidad/inutilidad y posibles beneficios/perjuicios de mantener una preocupación excesiva por la salud.
- d. ¿Me he planteado metas poco realistas e inalcanzables? Esta reflexión puede ayudar al paciente a darse cuenta de que resulta imposible estar completamente seguros, sin ningún margen de dudas, de que no estamos enfermos.
- e. ¿Estoy olvidando hechos relevantes o centrándome demasiado en hechos irrelevantes? Con esta pregunta se persigue que el paciente aprenda a contemplar otras fuentes de información que no sean única y exclusivamente el malestar físico.
- f. ¿Qué pensaría otra persona en mi situación? Este punto está destinado a hacer que el paciente adopte el punto de vista de otra persona para tratar de "ver" su problema con mayor grado de objetividad.

Para que el paciente pueda poner en práctica este tipo de técnicas que facilitan el análisis lógico del significado de sus síntomas, se le propone (y ejemplifica) rellenar el *Diario de hipocondría* (forma ampliada)⁷. Este instrumento es una versión ampliada del diario simple descrito anteriormente. Incluye las respuestas racionales (explicaciones alternativas y más adaptativas del origen de los síntomas corporales experimentados) y evaluación del grado de creencia en las mismas en una escala de 0 («no lo creo en absoluto») a 100 («estoy completamente convencido de que es verdad»), así como la reestimación, en función de una escala de idénticas características, del grado de creencia en la interpretación negativa inicial (anexo 3).

⁷ Elaborado por C. Botella y P. Martínez a partir de Clark (1989) y Saikovskis (1989).

3. Tareas para casa

Planificar un "experimento conductual" que proporcione más información que permita apoyar una u otra hipótesis. Rellenar el diario ampliado (esta tarea se incluirá a partir de esta sesión y hasta el final del tratamiento).

Desde la 4ª sesión, y si la problemática del paciente así lo requiere, se realiza un entrenamiento en respiración lenta y/o en relajación muscular. Estas estrategias se utilizan como modo de facilitar las atribuciones causales benignas de los síntomas (p. ej., tensión muscular o patrón respiratorio inadecuado).

5ª Sesión

AGENDA

1. Aclaración de los problemas con el cuestionamiento de las interpretaciones negativas de los síntomas (I).
2. Cuestionamiento verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas (II).
3. Tareas para casa.

1. Aclaración de los problemas con el cuestionamiento de las interpretaciones negativas de los síntomas (I)

En general, al paciente hipocondríaco no le resulta fácil llevar a cabo el reto de sus pensamientos negativos, por lo que conviene dedicar esta primera parte de la sesión a discutir y proponer respuestas racionales a los síntomas a partir de los episodios que el paciente haya registrado en el diario ampliado.

2. Cuestionamiento verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas (II)

En esta sesión se prosigue la discusión de las interpretaciones catastróficas de los síntomas por medio del análisis de la posibilidad de estar sobrevalorando la probabilidad de estar enfermo. Con este fin se utilizan diagramas pastel y pirámides invertidas que permiten mostrar gráficamente al paciente que la probabilidad de que tenga la enfermedad que teme, o cree tener, es muy baja. Esta cuestión se trabaja a través de una tarea a la que denominamos "Hora de Preocuparse"⁸ (anexo 4). La tarea está estructurada a modo de cuadernillo compuesto por una serie de ejercicios con los que se pretende, por una parte, que el paciente realice un trabajo continuado de saciación y exposición imaginada a la posibilidad de estar sufriendo la enfermedad que cree tener, y, por la otra, que continúe avanzando en el análisis de los pensamientos negativos de enfermedad.

De acuerdo con estos objetivos, en uno de los ejercicios del cuadernillo se da al paciente la instrucción de que es muy importante que dedique una hora diaria

⁸ Elaborado por C. Botella y P. Martínez.

a pensar y escribir acerca de aquello que le preocupa sobre sus síntomas físicos y todas las implicaciones de éstos (el progreso de la enfermedad, su muerte, el duelo familiar y la tristeza...). Los restantes ejercicios están dirigidos a que reconsidere sus pensamientos negativos de enfermedad buscando explicaciones alternativas para sus síntomas (se utiliza un diagrama tipo pastel) y a que analice si está sobrevalorando la probabilidad de padecer una enfermedad (se utiliza una pirámide invertida).

3. Tareas para casa

Rellenar el cuadernillo de la "hora de preocuparse" (esta tarea se incluirá hasta el final del tratamiento) y el diario ampliado.

6ª Sesión

AGENDA

1. Aclaración de los problemas con el cuestionamiento de las interpretaciones negativas de los síntomas (II).
2. Papel de la autoatención en la percepción de las sensaciones corporales.
3. Efectos paliativos de la distracción.
4. Entrenamiento en técnicas de distracción.
5. Tareas para casa

1. Aclaración de los problemas con el cuestionamiento de las interpretaciones negativas de los síntomas (II)

Se emplea el mismo procedimiento que en el paso 1 de la sesión anterior.

2. Papel de la autoatención en la percepción de las sensaciones corporales

El propósito es mostrar al paciente cómo el hecho de centrar la atención en el cuerpo y vigilarlo en exceso, puede hacer que note sensaciones que a otras personas les pasarían desapercibidas.

Además de ilustrar con ejemplos la influencia de la atención en la detección de síntomas corporales (entre ellos los que describen Barsky *et al.*, 1988b), existen otras formas de demostrar al paciente este proceso:

a. Manipular el centro de la atención durante la sesión. Se pide al paciente que cierre los ojos y se concentre en su corazón durante cinco minutos. El paciente se dará cuenta de que simplemente atendiendo a su corazón puede detectar su pulso en varias partes del cuerpo sin tocarlas. Sin embargo, cuando con los ojos abiertos se le pide que describa la habitación, deja de percibir los latidos de su corazón.

b. Centrarse en las observaciones de "dentro de la sesión". A menudo los pacientes empiezan a darse cuenta de una sensación corporal concreta después

de haber estado hablando sobre ella algunos minutos. El terapeuta debe aprovechar esta situación para ayudar al paciente a comprobar que centrarse en una sensación produce una mayor conciencia de ella.

3. Efectos paliativos de la distracción

Se muestra al paciente los efectos reductores, en la percepción de síntomas, de dirigir la atención hacia fuentes externas al cuerpo. Para ello puede ser útil recurrir a material didáctico (ejemplos de Barsky *et al.*, 1988a).

4. Entrenamiento en técnicas de distracción

Una vez expuesta la importancia de la atención corporal en la intensificación de los síntomas corporales y los efectos paliativos de la distracción, se entrena al paciente en algunas técnicas de distracción.

a. Centrarse en un objeto. Consiste en que el paciente focalice su atención a nivel visual en algún objeto externo y lo describa con el mayor grado de detalle posible, por ejemplo, en términos de sus características físicas, utilidad, posición, etc. Este procedimiento es una variante de la técnica que se describe a continuación.

b. Conciencia sensorial. Se trata de que el paciente preste atención a toda la información que pueda detectar a través de sus órganos de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto). Es preciso que el terapeuta estime con cautela la utilidad de esta técnica en cada caso particular dada la tendencia del hipocondríaco a detectar sensaciones corporales.

c. Ejercicios mentales. Consiste en realizar ejercicios mentales con grado de dificultad media (p. ej., contar de 1 000 a 0 restando de 6 en 6, decir nombres de mujer que empiecen por A, nombrar animales mamíferos).

d. Actividades absorbentes. Se trata de que el paciente realice actividades que requieran su atención. Muchas de las aficiones pueden servir como actividades absorbentes (p. ej., hacer crucigramas, pintar, practicar un deporte, jugar al ajedrez).

e. Recuerdos y fantasías agradables. Consiste en que el paciente piense y genere imágenes mentales sobre alguna situación o acontecimiento positivo real o fantaseado.

5. Tareas para casa

Rellenar el cuadernillo de la "hora de preocuparse", el diario ampliado y practicar las técnicas de distracción.

7^a y 8^a Sesión

AGENDA

1. Reestructuración de las imágenes espontáneas desagradables
2. Profundizar en el concepto de creencia disfuncional
3. Identificación y discusión de las creencias disfuncionales.
4. Tarea para casa.

Muchas de las técnicas cognitivas y conductuales expuestas anteriormente para cuestionar las interpretaciones catastróficas de los síntomas pueden utilizarse para modificar las creencias subyacentes.

Además de los pensamientos automáticos negativos, también pueden existir imágenes de contenido desagradable relacionadas con la enfermedad que hay que reestructurar sustituyéndolas por otras más positivas.

El contenido de las sesiones 7 y 8 no está tan sistematizado como el de las anteriores, puesto que, dependiendo de cómo evolucione el paciente a lo largo de la terapia, se incidirá en mayor o menor medida en una u otra de las cuestiones abordadas.

Prevención de recaídas

9^a Sesión

AGENDA

1. Repaso del contenido de las sesiones anteriores.
2. Repaso de la evolución del paciente a lo largo de la terapia.
3. Valoración por parte del paciente de esta evolución.
4. Valoración de las creencias residuales del paciente.
5. Expectativas futuras del paciente respecto a la preocupación por la salud.
6. Conveniencia de generalizar el contenido de la terapia a otras sensaciones corporales
7. Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas
8. Tareas para casa.

1. *Repaso del contenido de las sesiones anteriores*

Se revisa brevemente el material educativo y los procedimientos cognitivos utilizados en la terapia (p. ej., la ansiedad y sus manifestaciones, los factores que contribuyen a mantener la preocupación por la salud, la comprobación de hipótesis), enfatizando aquellos que fueron más ventajosos para el paciente.

2. *Repaso de la evolución del paciente a lo largo de la terapia*

Se revisa la evolución del problema a lo largo del proceso terapéutico mediante el *Cuestionario de evaluación del estado actual* o cualquier otro instrumento de características parecidas.

3. *Valoración por parte del paciente de esta evolución*

Se solicita al paciente que describa su opinión sobre los cambios que ha experimentado desde el inicio del tratamiento. Asimismo, se examina su estimación sobre los factores responsables de los cambios positivos que ha detectado en su estado.

4. *Valoración de las creencias residuales del paciente*

Se evalúa el grado de creencia en las dos hipótesis explicativas del problema (enfermedad física *vs.* ansiedad) pidiéndole que valore en una escala de 0 a 100 la probabilidad de que sus síntomas indiquen la presencia de un trastorno orgánico grave (o sean consecuencia de la ansiedad). También se revisa, enumera y comenta la evidencia acumulada a favor de la explicación alternativa.

5. *Expectativas futuras del paciente respecto a la preocupación por la salud*

Se identifican las posibles preocupaciones futuras por la reaparición de los síntomas, explorando la posibilidad de que el paciente crea que su mejoría es transitoria y similar a las experimentadas con anterioridad al inicio del tratamiento psicológico. Analizar las diferencias entre estas dos posibles modalidades de mejoría: la mejoría actual debida al tratamiento y las habidas en momentos anteriores. Hacer hincapié en que ahora tiene un marco diferente desde donde poder comprender su estado y que dispone de estrategias eficaces para hacer frente al problema.

6. *Conveniencia de generalizar el contenido de la terapia a otras sensaciones corporales*

Se insiste en la posibilidad de poder aplicar las estrategias aprendidas durante la terapia a las preocupaciones que puedan surgir en un futuro en relación con otro tipo de síntomas.

7. *Conveniencia de seguir practicando las técnicas aprendidas*

Se incide en la necesidad de seguir ejercitando las estrategias aprendidas como un modo de consolidar los logros alcanzados.

8. *Tareas para casa*

Se solicita al paciente que responda por escrito a estas cuestiones:

- ¿Qué es la ansiedad? ¿Qué factores intervienen en el mantenimiento de la preocupación por la salud?
- ¿Qué pensamientos negativos tenía o tengo con respecto a mis síntomas? Evidencia a favor y en contra.
- ¿Qué creencias inadecuadas tenía o tengo con respecto a la salud? Evidencia a favor y en contra.
- ¿Qué aspectos de la terapia me han ayudado más?
- ¿Cómo puedo hacer frente a las preocupaciones por mi salud?

10^a Sesión

AGENDA

- Comentario de las respuestas del paciente a las preguntas formuladas
- Resolución de dudas finales respecto al tratamiento.
- Valoración final de la terapia.
- Insistencia en la conveniencia de practicar las estrategias aprendidas con el fin de conservar y generalizar la mejoría
- Programación de las evaluaciones de postratamiento y seguimiento

VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

El tratamiento conductual y/o cognitivo-conductual de la hipocondría se encuentra en la actualidad en un período de desarrollo marcado, bajo nuestro punto de vista, por un prudente optimismo. El optimismo viene justificado por los buenos resultados informados en la literatura científica acerca de la eficacia de este tipo de estrategias. Puede afirmarse que el empleo de las técnicas de exposición y/o prevención de respuesta, así como de los programas centrados en la modificación de la tendencia a amplificar las sensaciones corporales y a interpretarlas de manera dramática, constituyen alternativas adecuadas de intervención. La prudencia obedece a la consideración de que aún existen numerosas cuestiones que deben ser resueltas antes de afirmar, con un margen razonable de confianza, que estas orientaciones terapéuticas son las más adecuadas para los pacientes con preocupaciones desmesuradas por la salud.

Entre los interrogantes que se derivan de una actitud cautelosa hacia la adecuación de este tipo de tratamiento se encontrarían aquéllos referidos a los ámbitos siguientes:

a. *Grado de eficacia:* ¿qué tasas de éxitos logra?, ¿cuántos abandonos genera?, ¿los beneficios obtenidos se mantienen estables a medio y largo plazo?, ¿se generalizan los resultados a otras cuestiones no abordadas directamente en la terapia?, ¿qué componentes contribuyen en mayor medida al éxito del tratamiento?, etcétera.

b. *Eficacia diferencial:* ¿comporta mayores beneficios que las intervenciones de carácter farmacológico?, ¿es más eficaz que otras intervenciones psicológicas procedentes de marcos teóricos diferentes?, ¿ofrece más posibilidades de cambio que otro tipo de estrategias cognitivo-conductuales?, etcétera.

c. *Tipología de pacientes:* ¿las diversas modalidades de hipocondría requieren diferentes estrategias de intervención?, ¿las estrategias de elección para el tratamiento del temor a la enfermedad son la exposición y la prevención de respuesta?, ¿la creencia de enfermedad puede modificarse mediante las técnicas de desafío verbal y reatribución?, etcétera.

d. *Conceptualización de la hipocondría:* Por el momento no se ha llegado a un acuerdo unánime acerca de dónde debería estar ubicado este trastorno en las clasificaciones diagnósticas (Chorot y Martínez, 1995) y, obviamente, esto pasa por lograr una adecuada comprensión del problema. Así, habría que preguntarse si, desde un punto de vista psicopatológico, en la base de la hipocondría, ¿existe una alteración de la atención, percepción, memoria o el pensamiento? o ¿qué combinación de procesos están alterados y de qué modo? Las herramientas terapéuticas a utilizar en cada caso serían bastante diferentes.

Las respuestas a estas cuestiones nos permitirán cubrir muchas lagunas que todavía quedan pendientes en nuestro conocimiento del fenómeno hipocondríaco y obviamente nos proporcionarán estrategias para superarlo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3^a ed. rev.)*. Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed.)*. Washington, D. C.: APA.
- Avia, M. D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca.
- Avia, M. D., Ruiz, M. A., Olivares, M. E., Crespo, M., Guisado, A. B., Sánchez, A. y Varela, A. (1996). The meaning of psychological symptoms: effectiveness of a group intervention with hypochondriacal patients. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 23-31.
- Barsky, A. J. (1979). Patients who amplify bodily sensations. *Annals of International Medicine*, 91, 63-70.
- Barsky, A. J. (1992). Amplification, somatization, and the somatoform disorders. *Psychosomatics*, 33, 28-34.

- Barsky, A. J., Geringer, E. y Wool, C. A. (1988a). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Barsky, A. J., Goodson, J. D., Lane, R. S. y Cleary, P. D. (1988b). The amplification of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 50, 510-519.
- Barsky, A. J. y Klerman, G. L. (1983). Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *American Journal of Psychiatry*, 140, 273-283.
- Barsky, A. J. y Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. y Klerman, G. L. (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.
- Baur, S. (1988). *Hypochondria: Woeful imaginings*. Los Ángeles: University California Press (Barcelona, Gedisa, 1990).
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford (Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983).
- Borda, M. y Echeburúa, E. (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 993-1012.
- Clark, D. M. (1989). Anxiety states. Panic and generalized anxiety. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Clark, L. A., Watson, D. y Reynolds, S. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Chorot, P. y Martínez, M. P. (1995). Trastornos somatoformes. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (dirs.), *Manual de psicopatología* (Vol. 2). Madrid: McGraw-Hill.
- Emmelkamp, P. M. G. (1982). *Phobic and obsessive-compulsive disorders: Theory, research and practice*. Nueva York: Plenum.
- Fallon, B. A., Klein, B. W. y Liebowitz, M. R. (1993). Hypochondriasis: treatment strategies. *Psychiatric Annals*, 23, 374-381.
- Fiengenbaum, W. (1986). Long-term efficacy of exposure in-vivo for cardiac phobia. En I. Hand y H. U. Wittchen (dirs.), *Panic and phobias*. Berlin: Springer-Verlag.
- Floru, L. (1973). Attempts at behavior therapy by systematic desensitization. *Psychiatria Clinica*, 6, 300-318.
- Furst, J. B. y Cooper, A. (1970). Combined use of imaginal and interoceptive stimuli in desensitizing fear of heart attacks. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 1, 57-61.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Manual Revised 1967*. Nueva York: The Psychological Corporation (Madrid, TEA, 1988).
- House, A. (1989). Hypochondriasis and related disorders: assessment and management of patients referred for a psychiatric opinion. *General Hospital Psychiatry*, 11, 156-165.
- Johansson, J. y Öst, L. G. (1981). Applied relaxation in treatment of "cardiac neurosis": a systematic case study. *Psychological Reports*, 48, 463-468.
- Kellner, R. (1982). Psychotherapeutic strategies in hypochondriasis: a clinical study. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 146-157.
- Kellner, R. (1983). Prognosis of treated hypochondriasis: a clinical study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 69-79.
- Kellner, R. (1986). *Somatization and hypochondriasis*. Nueva York: Praeger.

- Kellner, R. (1987). *Abridged manual of the Illness Attitude Scales*. Department of Psychiatry, University of New Mexico, Estados Unidos.
- Kirk, J. (1989). Cognitive-behavioural assessment. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Kumar, K. y Wilkinson, J. C. M. (1971). Thought stopping: an useful technique in phobias of internal stimuli. *British Journal of Psychiatry*, 119, 305-307.
- Logsdail, S., Lovell, K., Warwick, H. M. C. y Marks, I. (1991). Behavioural treatment of AIDS-focused illness phobia. *British Journal of Psychiatry*, 159, 422-425.
- Mandeville, B. (1730). *Treatise of the hypochondriac and hysteric diseases*. (1^a ed., 1711). Londres: Tonson.
- Mansdorf, I. J. (1981). Eliminating somatic complaints in separation anxiety through contingency management. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 12, 73-75.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Nueva York: Oxford University Press (Barcelona, Martínez Roca, 1991).
- Martínez, M. P., Belloch, A. y Botella, C. (1995). Hipocondría e información tranquilizadora. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 15, 411-430.
- Martínez, M. P. y Botella, C. (1995). Aplicación de un tratamiento cognitivo-conductual a un caso de hipocondría primaria. *Análisis y Modificación de Conducta*, 21, 697-734.
- Martínez, M. P. y Botella, C. (1996). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipocondría: revisión y análisis crítico. *Psicología Conductual*, 4, 29-62.
- O'Donnell, J. M. (1978). Implosive therapy with hypnosis in the treatment of cancer phobia: a case report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 15, 8-12.
- Pilowsky, I. y Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire*. Department of Psychiatry, University of Adelaide, Australia.
- Reinders, M. (1988). Behavioural treatment of a patient with hypochondriacal complaints. *Gedragstherapie*, 21, 45-55.
- Rifkin, B. G. (1968). The treatment of cardiac neurosis using systematic desensitization. *Behaviour Research and Therapy*, 6, 239-240.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M. (1991). Aspectos cognitivo-conductuales de problemas con presentación somática: ansiedad por la salud, hipocondría, fobia a la enfermedad y problemas psicósomáticos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 18, 42-55.
- Salkovskis, P. M. y Clark, D. M. (1993). Panic disorder and hypochondriasis. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 23-48.
- Salkovskis, P. M. y Warwick, H. M. C. (1986). Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive-behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 597-602.
- Schmidt, A. J. (1994). Bottlenecks in the diagnosis of hypochondriasis. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 306-315.
- Sharpe, M., Peveler, R. y Mayou, R. (1992). The psychological treatment of patients with functional somatic symptoms: a practical guide. *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 515-529.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press (Madrid, TEA, 1988).

- Starcevic, V. (1991). Reassurance and treatment of hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 13, 122-127.
- Stern, R. y Fernández, M. (1991). Group cognitive and behavioural treatment for hypochondriasis. *British Medical Journal*, 303, 1229-1231.
- Tearman, B. H., Goetsch, V. y Adams, H. E. (1985). Modification of disease phobia using a multifaceted exposure program. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 57-61.
- Visser, S. y Bouman, T. K. (1992). Cognitive-behavioural approaches in the treatment of hypochondriasis: six single case cross-over studies. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 301-306.
- Warwick, H. M. C. (1989). A cognitive-behavioural approach to hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 705-711.
- Warwick, H. M. C. (1995a). Trastornos somatoformes y facticios. En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (Vol. 1). Madrid: Siglo XXI.
- Warwick, H. M. C. (1995b). Assessment of hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 845-853.
- Warwick, H. M. C. y Marks, I. M. (1988). Behavioural treatment of illness phobia and hypochondriasis: a pilot study of 17 cases. *British Journal of Psychiatry*, 152, 239-241.
- Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En J. Scott, J. M. G. Williams y A. T. Beck (dirs.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. Londres: Routledge.
- Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 105-117.
- Warwick, H. M. C., Clark, D. M. y Cobb, A. (1994). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment for hypochondriasis. (Manuscrito remitido para publicación.)
- Williamson, P. N. (1984). An intervention for hypochondriacal complaints. *Clinical Gerontologist*, 3, 64-68.
- World Health Organization (1992). *Classification of mental and behavioural diseases: clinical descriptions and diagnostic guidelines* (10^a ed.). Ginebra: WHO (Madrid, Meditor, 1992).

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Avia, M. D. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca.
- Barsky, A. J., Geringer, E. y Wool, C. A. (1988a). A cognitive-educational treatment for hypochondriasis. *General Hospital Psychiatry*, 10, 322-327.
- Martínez, M. P. y Botella, C. (1996). Evaluación y tratamiento psicológico de la hipocondría: revisión y análisis crítico. *Psicología Conductual*, 4, 29-62.
- Salkovskis, P. M. (1989). Somatic problems. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive-behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En J. Scott, J. M. G. Williams y A. T. Beck (dirs.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. Londres: Routledge.

ANEXO I. DIARIO SIMPLE

Tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría

SEMANA:

NOMBRE:

HORA DEL DÍA	SITUACIÓN (qué está haciendo o pensando)	SENSACIONES CORPORALES (estimación gravedad de 0-5)(a)	PENSAMIENTOS ASOCIADOS (estimación frecuencia de 0-100)(b)	EMOCIONES (estimación intensidad de 0-100)(c)	CONDUCTAS ASOCIADAS (qué hace o qué dejó de hacer)
LUNES					
MARTES					
MIERCOLES					
JUEVES					
VIERNES					
SÁBADO					
DOMINGO					

(Continuación Diario Simple)

(a) Estime las *sensaciones corporales* (malestar o dolor) que experimenta de acuerdo con la siguiente escala:

- 0 Ausencia de sensación
- 1 Muy leve, me doy cuenta de ella solo a veces
- 2 Leve, durante algunos momentos puedo ignorarla
- 3 Bastante molesta, pero puedo continuar trabajando
- 4 Grave, me dificulta realizar las actividades habituales
- 5 Intensa, incapacitante (no me permite hacer nada)

(b) Estime su creencia en los *pensamientos asociados* (explicación que da) a las sensaciones corporales experimentadas utilizando esta escala:

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 No lo creo en absoluto Lo creo moderadamente Estoy completamente convencido de que es verdad

Recuerde que tanto en esta escala como en la siguiente usted puede elegir cualquier número entre el 0 y el 100, no sólo los representados gráficamente.

(c) Estime la intensidad de las *emociones* que siente en ese momento (ansiedad, tristeza, ira, etc.) teniendo en cuenta la siguiente escala:

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 Ausencia de emoción Emoción moderadamente intensa Emoción extremadamente intensa

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DEL ESTADO ACTUAL

NOMBRE: _____ FECHA: _____

A continuación se le presentan una serie de preguntas relacionadas con su problema. Por favor, responda a todas ellas señalando con una X el número que considere que mejor refleja su *estado actual*.

1. ¿Se encuentra preocupado por su salud en general?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 No Un poco Moderada-mente Bastante Muchísimo

2. ¿Se encuentra preocupado por ciertos dolores y/o molestias físicas?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 No Un poco Moderada-mente Bastante Muchísimo

3. ¿Le asusta el que pueda tener alguna enfermedad física grave?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 No Un poco Moderada-mente Bastante Muchísimo

4. ¿Cree que padece alguna enfermedad física grave?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 No Un poco Moderada-mente Bastante Muchísimo

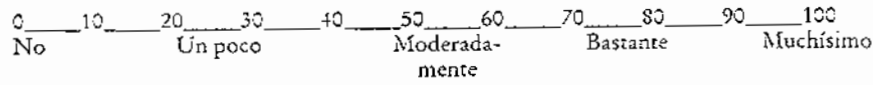
5. ¿Se observa (toca, mira, etc.) para ver qué nota o qué siente en su cuerpo?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 No Un poco Moderada-mente Bastante Muchísimo

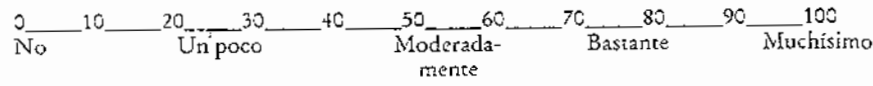
6. ¿Lee (o se interesa por programas de televisión o radio) sobre enfermedades físicas graves?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
 No Un poco Moderada-mente Bastante Muchísimo

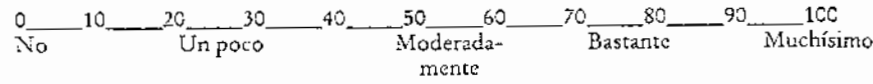
7. ¿Comenta sus dolores y/o molestias físicas a familiares o amigos?



8. ¿Realiza conductas como guardar cama, ponerse el termómetro, tomarse el pulso, modificar su dieta alimenticia, tomar medicación, etcétera?



9. ¿Evita realizar actividades como salir de casa, participar en reuniones sociales, divertirse, hacer deporte, viajar, tener relaciones sexuales, etcétera?



ANEXO 3. DIARIO AMPLIADO

NOMBRE: _____ SEMANA: _____

HORA DEL DÍA	SITUACION (qué está haciendo o pensando)	MANEJACIONES CORPORALES (estimación gravedad de 0-5) (a)	INTERPRETACION NEGATIVA (estimación frecuencia de 0-100) (b)
LUNES			
MARTES			
MIERCOLES			
JUEVES			
VIERNES			
SÁBADO			
DOMINGO			

ANEXO 4. HORA DE PREOCUPARSE

NOMBRE: _____ FECHA: _____

Este cuadernillo contiene una serie de ejercicios. Por favor, realice estos ejercicios siguiendo las instrucciones que se señalan para cada uno de ellos. Aunque esta tarea le suponga un esfuerzo considerable, recuerde la importancia que tiene el trabajo diario que usted haga en el proceso de mejora de su problema.

A. A continuación se presentan una serie de preguntas. Por favor, responda a todas ellas señalando con una X el número que considere que mejor refleja su estado actual.

1. ¿Se siente nervioso?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

2. ¿Se siente triste?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

3. ¿Se encuentra preocupado por su salud en general?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

4. ¿Se encuentra preocupado por ciertos dolores y/o molestias físicas?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

5. ¿Le asusta el que pueda tener alguna enfermedad física grave?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

6. ¿Cree que padece alguna enfermedad física grave?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

B. Ha llegado el momento de preocuparse. Dedicará una hora a pensar acerca de todo aquello que le preocupa de sus síntomas. Escriba en esta hoja con detalle lo que piensa sobre lo que significan esos síntomas, las consecuencias que se pueden derivar para usted y para su familia del hecho de padecer la enfermedad que teme, cómo sería el proceso de su enfermedad, su muerte, etc. Probablemente, la realización de este ejercicio le resulte molesta, si es así, no lo abandone, continúe hasta que se sienta mejor.

C. A continuación se le presentan una serie de preguntas. Por favor, responda a todas ellas señalando con una X el número que considere que mejor refleja su estado actual después de haber realizado el ejercicio anterior.

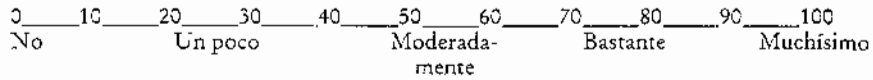
1. ¿Se siente nervioso?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

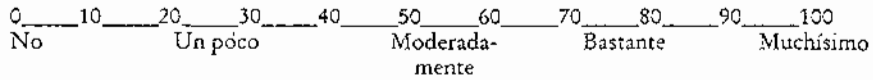
2. ¿Se siente triste?

0 _____ 10 _____ 20 _____ 30 _____ 40 _____ 50 _____ 60 _____ 70 _____ 80 _____ 90 _____ 100
No Un poco Moderadamente Bastante Muchísimo

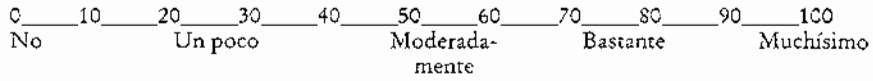
3. ¿Se encuentra preocupado por su salud en general?



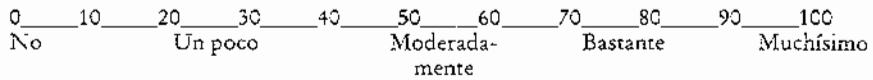
4. ¿Se encuentra preocupado por ciertos dolores y/o molestias físicas?



5. ¿Le asusta el que pueda tener alguna enfermedad física grave?



6. ¿Cree que padece alguna enfermedad física grave?



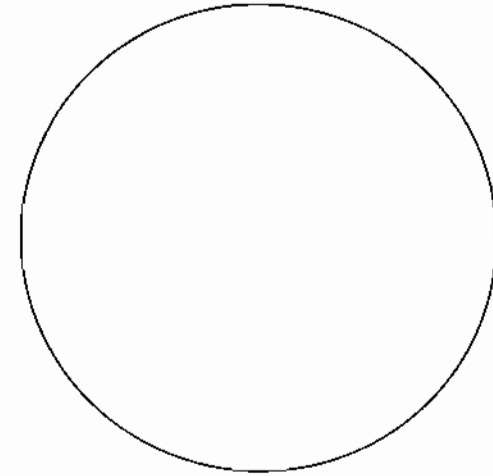
D. A continuación escriba su pensamiento negativo acerca de sus síntomas. Haga una lista con todas las posibles explicaciones alternativas para los síntomas. Considerando que en el diagrama tipo pastel se encuentran incluidas dichas explicaciones alternativas (100%), dedique para cada una de ellas una porción del diagrama (un determinado %).

Pensamiento negativo: _____

Lista de explicaciones alternativas:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

etc.



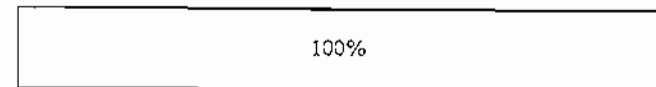
E. Escriba la enfermedad que teme o cree tener. Elabore una lista con todos los datos en contra de esta idea. Teniendo en cuenta que el nivel superior de la pirámide invertida representa el 100% de probabilidad de tener la enfermedad que teme, utilice cada dato en contra para ir reduciendo la probabilidad de que realmente padezca dicha enfermedad.

Enfermedad que teme o cree tener: _____

Lista de datos en contra de esta idea:

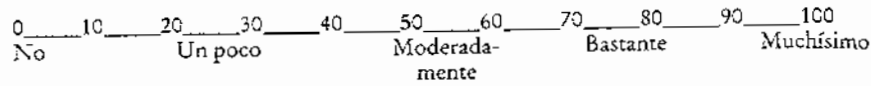
- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____
- 5) _____
- 6) _____

etc.

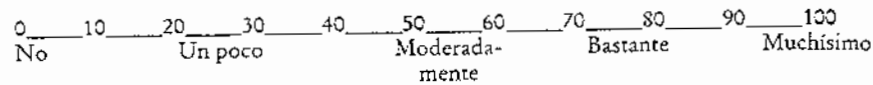


F. Finalmente, se le presentan de nuevo una serie de preguntas. Por favor, responda a todas ellas señalando con una X el número que considere que mejor refleja su *estado actual* después de haber realizado los dos ejercicios anteriores.

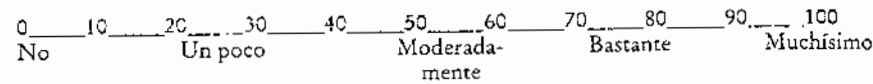
1. ¿Se siente nervioso?



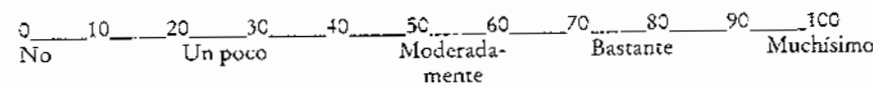
2. ¿Se siente triste?



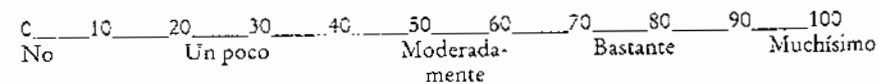
3. ¿Se encuentra preocupado por su salud en general?



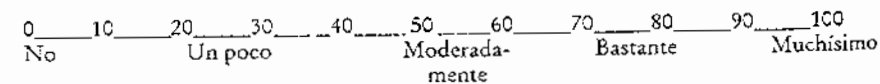
4. ¿Se encuentra preocupado por ciertos dolores y/o molestias físicas?



5. ¿Le asusta el que pueda tener alguna enfermedad física grave?



6. ¿Cree que padece alguna enfermedad física grave?



13. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

JAMES C. ROSEN

I. INTRODUCCIÓN

La percepción y evaluación de la propia apariencia física, o imagen corporal, es un constructo psicológico que está muy relacionado con la imagen de uno mismo como un todo, con la personalidad y con el bienestar psicológico. No sólo es normal que la gente sea consciente de su apariencia, sino que es frecuente preocuparse por ella y estar insatisfecho con la misma. Según estudios sobre estrés entre estadounidenses de mediana edad, dos de los diez contratiempos cotidianos más frecuentes son las preocupaciones sobre el peso y la apariencia física (Kanner *et al.*, 1981). A la mayoría de la gente le gustaría cambiar algo sobre su aspecto (Harris, 1987) y cerca de un tercio está insatisfecho con su apariencia global (Cash, Winstead y Janda, 1986). La belleza y la buena forma física se encuentran omnipresentes en los medios de comunicación de masas y, verdaderamente, la gente de hoy día se preocupa más de su apariencia que en las últimas décadas.

El trastorno dismórfico corporal (TDC) constituye una intensificación de las preocupaciones normales sobre la apariencia física. Algunos síntomas del TDC, tales como la sensación subjetiva de fealdad y la preocupación por una apariencia poco atractiva o incluso repulsiva para los demás, pueden describirse como características cognitivas y perceptivas de la imagen corporal desarrolladas hasta un extremo disfuncional. Debido a que las actitudes hacia la imagen corporal se encuentran influidas fuertemente por el aprendizaje y por factores socioculturales, el trastorno dismórfico corporal debería ser abordable por las terapias psicológicas que tratasen con estos procesos formadores.

El TDC diagnosticable toma muchas formas. Las personas con un trastorno dismórfico corporal frecuentemente presentan, o han tenido, fobia social, depresión, un trastorno obsesivo-compulsivo o trastornos de la alimentación (Hollander, Cohen y Simeon, 1993; Phillips *et al.*, 1994). Además, el TDC se ha conceptualizado como una variante del trastorno obsesivo-compulsivo (Hollander *et al.*, 1989; Phillips *et al.*, 1993), de la fobia social (Marks, 1995; Takahashi, 1989) o de la hipocondría (Munro y Chmara, 1982). Todos estos trastornos relacionados se han tratado satisfactoriamente con la terapia de conducta cognitiva, lo que indica que se puede ayudar a las personas con un TDC con métodos similares. En este capítulo, revisaré lo que se sabe actualmente sobre la eficacia de las terapias psicológicas aplicadas al problema del TDC. Además, presentaré el con-

tenido de un programa de evaluación y tratamiento del TDC que emplea procedimientos similares a los utilizados en el tratamiento cognitivo-conductual de las fobias y del trastorno obsesivo-compulsivo. Los clínicos que trabajan con pacientes con un TDC pueden encontrarse con pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos para el TDC, pero que necesitan tratamiento para otras clases de perturbaciones de la imagen corporal. Así, tanto como me sea posible, describiré un enfoque de tratamiento que pueda utilizarse ampliamente.

II. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

La característica esencial del TDC es la «preocupación por un defecto imaginado de la apariencia. Si se encuentra presente una ligera anomalía física, la preocupación de la persona es claramente excesiva» (APA, 1994, p. 468). A diferencia de las preocupaciones normales sobre el aspecto, la preocupación por la apariencia en el TDC consume un tiempo excesivo y provoca un malestar importante o un deterioro significativo en situaciones sociales.

II.1. Tipos de quejas sobre la apariencia

La frecuencia de las quejas sobre la apariencia en una serie de cinco casos se presenta en el cuadro 13.1. Ésta es una comparación tosca, ya que los estudios se diferencian en la razón hombre/mujer, en el número de quejas informadas por cada sujeto y en las categorías o descripciones empleadas por los autores. Los resultados indican que los pacientes con un TDC pueden estar molestos por prácticamente cualquier aspecto de su apariencia física. Algunos pacientes se quejan de ser feos, deformes o de aspecto raro, pero no son capaces de localizar o especificar la naturaleza del defecto. Por el contrario, otros centran su preocupación exactamente en pequeños rasgos o imperfecciones, como una nariz grande, una boca torcida, pechos asimétricos, una pene pequeño, una marca de nacimiento, pelo muy fino, acné, cicatrices, etc. Por otra parte, la preocupación por el cuerpo de modo global no es rara, siendo frecuente no estar conforme con el peso corporal o la forma de amplias zonas de la parte baja del cuerpo.

Desde el punto de vista diagnóstico, la localización del defecto no es un factor significativo, aunque puede haber algunas excepciones a esta afirmación. Una de ellas es la cuestión de si los pacientes que se quejan exclusivamente de olores corporales imaginados deberían recibir el diagnóstico de trastorno delirante somático en vez de TDC. Autores como Gómez-Pérez, Marks y Gutiérrez-Fisac (1994) alegan que sus pacientes con quejas de olor corporal eran "dismorfofóbicos" en vez de hipocondríacos con ideas delirantes, ya que en realidad negaban que olieran su olor, es decir, no tenían ideas delirantes, y compartían el mismo tipo de evitación social que los pacientes típicos con un TDC.

Otra consideración es que las preocupaciones sobre el peso y la figura que ocurren exclusivamente durante el curso de la anorexia o la bulimia nerviosas no

se diagnostican, de modo separado, como TDC. No obstante, un paciente con un trastorno de la alimentación que cree que tiene una nariz defectuosa, por ejemplo, podría satisfacer el diagnóstico añadido de TDC. A veces sucede que los pa-

CUADRO 13.1. Tipo de quejas sobre la apariencia en pacientes con un trastorno dismórfico corporal (% de sujetos con cada queja)

	Phillips et al., 1993	Hollander et al., 1993	Gómez-Pérez et al., 1994	Rosen et al., 1995	Neziroglu et al., 1996
	N = 31 17 hombres 13 mujeres	N = 50 31 hombres 19 mujeres	N = 30 15 hombres 15 mujeres	N = 54 0 hombres 54 mujeres	N = 17 7 hombres 10 mujeres
ZONA					
Cuerpo					
musios/piernas	13	18	—	38	18
abdomen	17	10	—	35	29
pechos	10	8	—	20	—
nalgas	7	—	—	15	24
cuerpo general	20	38	—	9	—
talla	—	—	—	6	—
brazos	7	14	—	3	—
caderas	3	—	—	5	—
cuello	3	—	—	—	—
hombros	3	—	—	—	—
otros	—	—	8	—	—
Rasgos faciales					
nariz	50	32	23	—	47
ojos	27	16	7	—	35
forma de la cabeza	20	—	—	—	—
labios	17	—	7	—	6
mentón	17	18	—	—	—
rasgos faciales	—	—	—	12	—
dientes	13	—	—	4	12
cara	13	34	—	—	—
orejas	7	—	—	—	—
mejillas	7	—	—	—	—
cuello	3	—	—	—	—
Otros					
piel	50	26	7	25	41
envejecimiento	—	—	—	7	—
pelo	63	34	10	7	29
genitales	7	12	—	—	12
simetría	—	30	—	—	—
secreción/olor	—	6	30	—	—

Nota: El total es mayor que el 100% para la mayoría de los estudios porque los sujetos informaron de más de un defecto

cientes pueden cambiar de un diagnóstico a otro, lo que indica que el trastorno dismórfico y los trastornos de la alimentación se encuentran relacionados (Hollander *et al.*, 1993; Pantano y Santonastaso, 1989; Sturmey y Slade, 1986). Lo esencial de la anorexia y la bulimia nerviosas, en personas con una apariencia normal, puede ser un trastorno dismórfico corporal junto con una patología de la alimentación.

II.2. Características cognitivas y afectivas

A diferencia de la autoconciencia normal sobre la apariencia física, el TDC implica una preocupación que consume mucho tiempo, es molesta e interfiere con la vida del individuo. Aunque puede ocurrir a lo largo del día, la preocupación por la apariencia es aún más intensa en situaciones sociales, en donde la persona se siente consciente de sí mismo y espera que otras personas le observen. Esta atención hace que el paciente se sienta ansioso, ridículo y avergonzado, ya que cree que el defecto revela cierta inadecuación personal. Aunque característica sorprendente del TDC es la convicción, por parte de la persona que lo padece, de la existencia (o gravedad) del defecto físico, esta percepción distorsionada es solamente el primer paso de una secuencia de creencias del TDC. Normalmente, el patrón de pensamientos sería: aparento un defecto, los demás se dan cuenta y se interesan por mi defecto, me consideran poco atractivo/a (feo/a, deformado/a, raro/a, etc.) y me evalúan negativamente como persona y, en consecuencia, mi apariencia demuestra algo negativo sobre mi carácter y valía ante los demás. El exagerar un defecto en la apariencia es sólo una consecuencia del TDC, ya que conduce a otras creencias desadaptativas.

Las creencias del TDC se han descrito inconsistentemente como obsesiones, ideas sobrevaloradas o ideas delirantes (De Leon, Bott y Simpson, 1989). En realidad, parece que no hay un único tipo de proceso de pensamiento que sirva para todos los pacientes con un TDC. Según el *DSM-IV*, los pacientes con un TDC que tienen ideas delirantes pueden recibir el diagnóstico añadido de trastorno delirante, tipo somático. Sin embargo, Phillips y sus colaboradores (Phillips *et al.*, 1994) no encontraron diferencias clínicas sustanciales entre pacientes con un TDC con y sin ideas delirantes y, al encontrar también que los procesos de pensamiento del TDC varían a lo largo de un continuo, desde una conciencia adecuada hasta la idea delirante, concluyeron que es dudosa la existencia e importancia de las variantes delirante y no delirante.

El pensamiento obsesivo en los trastornos de la imagen corporal se refiere a pensamientos repetitivos, invasivos, sobre la apariencia. Los pacientes con un TDC pueden reconocer sus obsesiones y admitir que su preocupación es excesiva, aun estando totalmente convencidos de que su apariencia es anormal. Un paciente podría quejarse de la siguiente manera: «Sé que parezco repugnante, pero desearía poder dejar de pensar sobre ello todo el tiempo; no puedo concentrarme cuando estoy con otras personas; sé que no les preocupa tanto mi apariencia como a mí». Algunos pacientes tienen una mayor conciencia y son capaces de reconocer que es posible que las creencias sólidas, sensatas, no sean verdad. Por

ejemplo, una mujer con apariencia normal se quejaba de que la gente en el trabajo no la respetaba porque era baja de estatura y tenía mofletes. Decía: «Me parezco a una torpe adolescente, no alguien que sabe lo que está haciendo; me doy cuenta de que la apariencia no es todo para la gente, pero es lo que siento sobre mí misma lo que realmente importa».

Claramente, no todas las actitudes negativas sobre la imagen corporal son sintomáticas de un trastorno dismórfico corporal. Lo que parece una preocupación excesiva sobre la apariencia puede ser apropiada en alguien que se dedica a trabajos como el baile, el posar para escultores, o los atletas que tienen patrones físicos estrictos. En general, la belleza física es un estado símbolo del éxito y de otras virtudes. Además, es frecuente que la gente use la apariencia como una excusa para explicar algunos sucesos negativos cotidianos. De este modo, reducidas a su forma básica, las creencias del TDC no son totalmente incomprensibles teniendo en cuenta nuestra cultura donde se da tanta importancia a la apariencia (McKenna, 1984). La diferencia es que las creencias del TDC son exageraciones poco razonables de ideas normales y perturban el funcionamiento normal.

II.3. Características conductuales

En el cuadro 13.2 se muestra una estimación de la prevalencia de los síntomas conductuales del TDC en cinco muestras de pacientes. La característica más consistente es la evitación de situaciones sociales, normalmente porque el paciente espera que se preste una atención negativa a su apariencia. La evitación puede llegar a ser tan extrema como para encerrar al paciente en casa (Phillips *et al.*, 1993). Sin embargo, la mayoría de los pacientes son capaces de, al menos, un funcionamiento social y laboral limitado, empleando formas de evitar una exposición total de su apariencia en público por medio de la ropa, el acicalamiento, o el torcer la postura corporal o hacer movimientos, de tal forma que oculten el defecto. Son frecuentes algunas clases de conductas de examen del cuerpo tales como pasar revista al defecto delante del espejo, rituales de acicalamiento, comparar la propia apariencia con la de otras personas y pedir a los demás palabras tranquilizadoras. En algunos casos extremos, es difícil resistirse al examen del cuerpo que puede consumir varias horas al día. Por otra parte, es frecuente también que los pacientes eviten mirar su apariencia. Finalmente, los pacientes con un trastorno dismórfico corporal están convencidos de que la única forma de mejorar su autoestima es mejorar su aspecto. Así, la mayoría de los pacientes con un TDC emprenden iniciativas para mejorar la belleza tales como tratamientos del pelo o de la piel, cirugía cosmética, reducción del peso y otras formas de eliminar el defecto, que suelen ser innecesarias e ineficaces para eliminar los síntomas del TDC.

CUADRO 13.2. *Síntomas conductuales en pacientes con un trastorno dismórfico corporal (% de sujetos con cada conducta)*

	Phillips et al., 1993	Hollander et al., 1993	Gómez-Pérez et al., 1994	Rosen et al., 1995	Neziroglu et al., 1996
CONDUCTA	N = 31	N = 50	N = 30	N = 54	N = 17
Examen de cuerpo	73	32*	—	78	88
Camuflaje del cuerpo	63	—	—	78	—
examen y/o camuflaje	—	—	66	—	—
Comparación con otros	—	—	—	72	—
Evitación de actividades sociales	97	52	100	63	82
Evitación de otras personas que pueden ver el cuerpo desnudo	—	—	—	51	—
Movimientos o postura curvados para ocultar el defecto	—	—	—	42	—
Evitación de mirar su propia apariencia	40	—	77	37	29
Búsqueda de palabras tranquilizadoras	33	—	—	21	—
Evitación del acto sexual	30	—	—	17	—
Corte/peinado del pelo	—	25	—	—	65
Rituales de maquillaje	—	—	—	—	—
Excesivas visitas al médico	—	25	—	—	—
Quitarse espumas de la cara	—	—	—	—	18

* Sólo examen ante el espejo.

III. LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA PSICOTERAPIA PARA EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Las evidencias que sostienen la eficacia de las terapias psicológicas para el TDC están aumentando continuamente, pero, con una excepción, la investigación sobre la psicoterapia se ha limitado a estudios de caso.

III.1. *Estudios de caso de la psicoterapia no conductual*

Bloch y Glue (1988) informaron del tratamiento con terapia psicodinámica de una joven que estaba preocupada por sus cejas, que consideraba repulsivas. La preocupación se interpretó como una excusa para evitar las relaciones heterosexuales y como una proyección defensiva de su propia autoimagen negativa. Informaron que la preocupación desapareció después de un año y medio de terapia semanal. Philippopoulos (1979) aplicó psicoanálisis dos a tres veces a la semana durante aproximadamente un año a una adolescente con problemas de pensamientos irracionales de ser fea y gorda. La preocupación se interpretó como un disfraz de deseos sexuales inconscientes. Se informó que la terapia le

ayudó a eliminar su preocupación. Finalmente, Braddock (1982) fomentó habilidades sociales más eficaces en una adolescente tímida. La paciente llegó a ser más asertiva con otras personas, pero su creencia de una frente anormal no disminuyó.

III.2. *Estudios de caso de las terapias conductuales*

A un joven preocupado por su tez rojiza se le entrenó en relajación y luego se le expuso en la imaginación a una jerarquía de comentarios molestos y al escrutinio por parte de los demás de su aspecto rojizo (Munjack, 1978). Por ejemplo, el paciente se imaginó a una persona del trabajo que le molestaba diciéndole que su cara se parecía a su camisa roja. Después de once sesiones de desensibilización sistemática, el paciente ya no se sintió mal hacia su cara rojiza.

Marks y Mishan (1988) fueron los primeros en informar del empleo de procedimientos como la exposición en vivo y la prevención de la respuesta. La exposición incluía hacer que el paciente se aventurase gradualmente en situaciones públicas cada vez más difíciles sin intentar ocultar la parte de su cuerpo. Cuando se emparejaba con la prevención de la respuesta, el paciente practicaba el dejar de examinar su apariencia al ser expuesto a señales provocadoras de rituales. Los cinco pacientes mejoraron significativamente después del tratamiento. Conforme decrecía la evitación social, disminuía también la convicción de los pacientes en su creencia de tener un aspecto defectuoso, incluso aunque no se empleó un cuestionamiento directo de su pensamiento (es decir, terapia cognitiva). Sólo dos de los casos se trataron exclusivamente con terapia de conducta, sin medicación concurrente. En una serie de casos tratados más tarde en el mismo centro clínico, Gómez-Pérez *et al.* (1994) informaron que alrededor de la cuarta parte de los pacientes abandonaron el tratamiento y cerca de la mitad habían mejorado en el seguimiento.

En comparación con los informes de Marks y sus colaboradores, Neziroglu y colaboradores (Neziroglu *et al.*, 1996; Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993) examinaron la exposición y la prevención de la respuesta sin medicación. Añadieron también terapia cognitiva para ayudar al paciente a refutar los pensamientos irracionales (necesidad de aprobación y de ser perfecto) que desencadenaban en los pacientes rituales de acicalamiento o deseos de ocultar su apariencia. De los 17 casos mejoraron 12.

Otros estudios de caso con éxito empleando la terapia cognitivo-conductual son los de Cromarty y Marks (1995), Newell y Shrubbs (1994), Schmidt y Harrington (1995) y Watts (1990).

III.3. *Estudios con grupo control*

El único estudio de tratamiento con grupo control para el trastorno dismórfico corporal hasta la fecha ha sido llevado a cabo por Rosen, Reiter y Orosan (1995) utilizando el tratamiento cognitivo-conductual que se describirá en la sección

siguiente. Se asignó aleatoriamente 54 pacientes mujeres a las condiciones de terapia de conducta cognitiva o de no tratamiento. Ninguna de las pacientes empezó a tomar medicación durante el estudio. Las quejas sobre la apariencia y las características conductuales se muestran en los cuadros 13.1 y 13.2. Se trató a las pacientes en grupos pequeños durante ocho sesiones de dos horas cada una y se proporcionó tareas para casa y casetes sobre el cambio de la imagen corporal. Los síntomas del TDC disminuyeron significativamente en los sujetos que siguieron la condición de terapia y el trastorno desapareció en el 82% de los casos en el postratamiento y en el 77% a los cuatro meses de seguimiento. En los sujetos de la condición de terapia mejoraron también los síntomas psicológicos y la autoestima.

III.4. Conclusión

Se plantean las siguientes observaciones con respecto al estatus de los resultados de los tratamientos. No existe información suficiente de los enfoques de psicoterapia no conductual que permita concluir que son eficaces. Aunque dos de los tres casos informados mejoraron, la duración de la terapia fue excesiva.

Un apoyo mucho más fuerte ha recibido la terapia cognitivo-conductual. No sólo mejoraron la mayoría de los estudios de caso, sino que en el estudio con grupo control, 3/4 de los casos tratados eliminó su trastorno, mientras que los sujetos control no mejoraron. A pesar de la larga duración de los síntomas dismórficos corporales de estos pacientes, la terapia de conducta cognitiva parece ser eficaz en un tiempo tan corto como dos meses, aunque algunos pacientes requirieron sesiones de terapia de exposición masiva antes de que se extinguiese su ansiedad. Esta tasa de mejoría debería alentar a los clínicos que se encuentren con pacientes con un TDC. Aunque muchos acuden a la clínica con una historia de fracaso de la psicoterapia (Phillips *et al.*, 1993), merece la pena intentarlo con la terapia de conducta. Sin embargo, es importante reconocer que la terapia cognitivo-conductual no es uniformemente eficaz, ya que el trastorno no se eliminó en cerca de un cuarto de los pacientes que completaron el tratamiento. Es de esperar que más investigación sobre el tratamiento del TDC conducirá a una mejoría de estos datos.

Actualmente no se han identificado los ingredientes más importantes de la terapia cognitivo-conductual. Marks y sus colaboradores defiende la exposición. Ellos y Munjack ayudaron también a los pacientes a tolerar los pensamientos de tener un aspecto imperfecto, pero la terapia era más conductual que cognitiva. Por otra parte, Rosen *et al.* (1995) y los autores de otros estudios de caso proporcionaron de forma más extensa terapia cognitiva para cuestionar las falsas suposiciones sobre la apariencia. Es difícil comparar estas mezclas de procedimientos conductuales y cognitivos, especialmente porque el tratamiento, en el estudio de Marks y Mishan, estaba acompañado por medicación. Lo más probable es que los dos tipos de procedimientos actúen entre sí para facilitar el cambio.

Todos los pacientes en los estudios de caso se trataron de forma individual, pero Rosen *et al.* llevaron a cabo su tratamiento con grupos de pacientes. Pro-

bablemente haya ventajas y desventajas en ambos formatos, aunque los resultados publicados no favorecen a uno u a otro. La evaluación de los resultados del tratamiento está poco desarrollada. La mayoría de los informes de cambios en las creencias y en la evitación social se basan en impresiones clínicas. En algunos casos se utilizó una simple escala numérica del porcentaje de creencia en el defecto. Neziroglu y Yaryura-Tobias emplearon una versión modificada de la *Escala para las obsesiones compulsiones, de Yale-Brown (Yale-Brown obsessive compulsive scale)* (Phillips, 1993) para medir el tiempo ocupado por los pensamientos y las actividades relacionadas con la apariencia. La única medida válida psicométricamente del trastorno dismórfico corporal, el *Examen del trastorno dismórfico corporal (Body dysmorphic disorder examination; Rosen y Reiter, 1996)* empleado por Rosen *et al.* (1995) mostró que el tratamiento da como resultado una mejoría clínica objetivamente definida.

IV. DIRECTRICES PARA LA EVALUACIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

El propósito de esta sección es proporcionar una revisión de los procedimientos de terapia cognitivo-conductual. Hemos llevado a cabo esta terapia en varios formatos, incluyendo la terapia individual y de grupo, grupos con personas de ambos sexos, grupos que incluían también pacientes con problemas de imagen corporal pero sin un TDC (p.ej., defectos de la apariencia más importantes), terapeutas del mismo o diferente sexo que el/los paciente/s y como tratamiento de apoyo a otra intervención psicoterapéutica. Cada una de estas circunstancias presenta oportunidades y retos únicos y requiere ciertas adaptaciones de la terapia.

Un clínico que acepte para tratamiento pacientes con un TDC enviados por otros profesionales es probable que se encuentre con otros tipos de problemas de imagen corporal. Además de pacientes con un TDC, hemos encontrado que este programa básico es eficaz con personas obesas que tienen una imagen corporal negativa (Rosen *et al.*, 1990; Rosen, Saltzberg y Srebnik, 1989). En pacientes con síntomas de un trastorno de la alimentación, la terapia de la imagen corporal puede hacer, por sí misma, que disminuyan los problemas con las actitudes negativas hacia el comer, con las restricciones innecesarias de la dieta y con los atracones, incluso aunque el comer no sea un objetivo del tratamiento. Aunque no recomendaríamos la terapia de la imagen corporal como el único tratamiento para la anorexia o la bulimia nerviosas, hemos utilizado este programa de forma habitual como una ayuda para el tratamiento de los trastornos de la alimentación. Aparentemente los programas cognitivo-conductuales estándar para los trastornos de la alimentación producen sólo un modesto cambio de la imagen corporal y prestan poca atención a la terapia para este problema (Rosen, 1996). Un trabajo más sistemático sobre la imagen corporal sería útil para los pacientes con un trastorno de la alimentación.

Nuestro programa tipo se lleva a cabo una vez a la semana durante dos meses (véase apéndice 1). La mayoría de los otros estudios de caso con terapia de con-

ducta encontró buenos resultados con un tratamiento de corta duración. Neziroglu *et al.* (1996) programaron su tratamiento a lo largo de cuatro semanas de sesiones diarias que duraban 90 minutos, de los cuales 60 se dedicaban a la exposición más la prevención de respuesta y 30 minutos a la reestructuración cognitiva.

Además del trabajo en las sesiones de terapia, asignamos al paciente la tarea de seguirlos con un libro de autoayuda sobre la terapia de la imagen corporal (Cash, 1995). Estos materiales proporcionan una gran cantidad de información básica sobre la imagen corporal, incluyendo viñetas de casos clínicos y ejercicios cognitivos y conductuales para el cambio. Aunque emplear el libro de autoayuda libera tiempo para las sesiones de terapia y es algo beneficioso, es esencial también proporcionar al paciente ayuda directa. Los pacientes con un TDC están demasiado apegados a las creencias distorsionadas sobre su imagen corporal para intentar hacer las tareas para casa sin persuasión, dirección y corrección por parte del terapeuta. No recomendamos utilizar la biblioterapia sola con pacientes con un TDC.

IV.1. Fase inicial de tratamiento

IV.1.1. Evaluación

Antes de empezar la terapia, es importante un examen completo de los síntomas del TDC y de las quejas sobre la apariencia. Desarrollamos el *Examen del trastorno dismórfico corporal (Body dysmorphic disorder examination, BDDE; Rosen y Reiter, 1996)* con este propósito. El *BDDE* tiene buena fiabilidad y validez, incluyendo la concordancia de diagnósticos independientes del TDC y es sensible al cambio después del tratamiento del TDC. Hasta la fecha, es la única medida que se ha evaluado psicométricamente en pacientes con un TDC. Aunque se encontraban disponibles muchas otras medidas de la imagen corporal en el momento en el que desarrollamos el *BDDE*, todas estaban sesgadas hacia un sexo o hacia las quejas del peso o la figura corporales o no evaluaban los síntomas clínicamente serios del TDC. Phillips (1993) modificó la *Escala para las obsesiones compulsiones, de Yale-Brown (Y-BOCS)* para medir obsesiones y compulsiones en el TDC. No se dispone de un estudio psicométrico formal de la *Y-BOCS* en pacientes con un TDC. Se limita a síntomas de tipo obsesivo-compulsivo.

Además de presentar preguntas estándar probatorias para el TDC, el *BDDE* se construyó para complementar los criterios diagnósticos del DSM, que son vagos y subjetivos. Para desarrollar el *BDDE*, se presentó a un panel de clínicos expertos una amplia lista de síntomas del TDC sacados de la literatura. Se seleccionaron los ítems que mejor correspondían a los criterios diagnósticos y a las descripciones clínicas. Se identificaron un subgrupo de preguntas del *BDDE* y puntuaciones de corte que se podían utilizar para el diagnóstico. Una breve descripción de los ítems del *BDDE* (sin las preguntas probatorias exactas o las escalas de evaluación) se presenta en el cuadro 13.3. El *BDDE* se encuentra disponible en versiones de entrevista clínica y de autoadministración (se puede obtener una copia del autor). Debido a que muestrea la mayoría de los síntomas del

CUADRO 13.3. Breve descripción de los ítems del Examen del Trastorno Dismórfico Corporal (Body dysmorphic disorder examination)

1. Descripción por parte del sujeto del/los defecto/s en la apariencia física
2. Evaluaciones por parte del entrevistador de la apariencia física del sujeto
3. Presencia de otros tipos de quejas somáticas distintas a la apariencia
4. Anormalidad percibida del defecto (grado en el que el sujeto cree que el defecto es frecuente o raro)
5. Frecuencia del examen del cuerpo
6. Insatisfacción con el defecto de la apariencia
7. Insatisfacción con la apariencia general
8. Frecuencia de la búsqueda de palabras tranquilizadoras sobre la apariencia proveniente de otras personas
9. Con qué frecuencia el sujeto experimenta preocupaciones molestas con la apariencia
10. Conciencia sobre uno mismo y sentir ridículo sobre la apariencia en situaciones públicas (p. ej., calles de la ciudad, restaurantes)
11. Conciencia sobre uno mismo y sentir ridículo sobre la apariencia en situaciones sociales (p. ej., en el trabajo)
12. Con qué frecuencia pensaba el sujeto que otras personas escrutaban su defecto
13. Malestar cuando otras personas prestan atención al defecto
14. Con qué frecuencia el sujeto recibió comentarios de otras personas sobre su apariencia
15. Malestar cuando otras personas hacen comentarios sobre su apariencia
16. Con qué frecuencia el sujeto se siente tratado de forma diferente debido a su apariencia
17. Malestar cuando otras personas le tratan de forma diferente debido a su apariencia
18. Grado de importancia de la apariencia física en la autoevaluación
19. Amplitud de la autoevaluación negativa, en un sentido no físico, debido al defecto en la apariencia
20. Amplitud de la evaluación negativa por los demás, en un sentido no físico, debido al defecto en la apariencia
21. Atractivo físico percibido
22. Grado de convicción en el defecto físico
23. Evitación de situaciones públicas debido a la apariencia (p. ej., restaurantes, servicios, calles)
24. Evitación de situaciones sociales debido a la apariencia (p. ej., fiestas, hablar a personas con autoridad)
25. Evitación de contacto físico íntimo debido a la apariencia (p. ej., abrazarse, besarse, bailar pegado, sexo)
26. Evitación de actividades físicas (p. ej., ejercicio o actividades de ocio) debido a la apariencia
27. Con qué frecuencia el sujeto camufla u oculta el defecto de su apariencia con ropa, maquillaje, etc.
28. Con qué frecuencia el sujeto contorsiona la postura corporal con el fin de ocultar el defecto (p. ej., metiendo las manos en el bolsillo)
29. Inhibición del contacto físico con los demás (cambios en los movimientos o en la postura del cuerpo durante el contacto con el fin de ocultar el defecto, como p. ej., no deja que la pareja le toque determinada áreas corporales)
30. Evita mirar su propio cuerpo
31. Evita que los demás miren su cuerpo desnudo
32. Con qué frecuencia el sujeto compara su apariencia con la de otras personas
33. Remedios que ha intentado la persona para modificar el defecto de la apariencia

TDC, el *BDDE* puede ayudar al terapeuta a seleccionar los objetivos del tratamiento. Durante el tratamiento se necesitará una evaluación conductual más detallada de las situaciones desencadenantes y de las respuestas. En los apartados siguientes se presentarán algunas sugerencias.

IV.1.2. Actitudes hacia la terapia

En nuestra sociedad, tan consciente de la apariencia, se nos enseña que si queremos sentirnos mejor con nuestro aspecto, deberíamos perder peso, hacer ejercicio, sufrir cirugía plástica, etc. En otras palabras, deberíamos eliminar o corregir el defecto. Por consiguiente, es difícil para la mayoría de los pacientes imaginarse, en un primer momento, cómo podrían contemplarse a sí mismos de forma diferente al final de la terapia psicológica si el rasgo de apariencia ofensiva todavía sigue presente. Nada, podrían alegar, les convencerá de que tienen buen aspecto cuando saben, y el resto de la sociedad se lo señala, que tienen una mala apariencia. Podrían estar también preocupados por la cuestión de que aprender a aceptarse a sí mismos haría que abandonaran el autocontrol y desarrollaran un problema peor, como si el no agradarse a sí mismos fuese necesario para seguir estando motivados a mejorar el propio aspecto.

Para vérselas con el escepticismo sobre la terapia y obtener la cooperación del paciente, es importante tener claro el objetivo de la misma. Hay que estar preparados para reiterar que aunque el paciente es libre de acudir a métodos para mejorar la belleza, esta terapia se ha diseñado para cambiar la imagen corporal, no su apariencia. Se explica que la imagen corporal es un constructo psicológico y que debido a que es subjetivo puede ser sorprendentemente independiente de la apariencia real (Cash y Pruzinsky, 1990; Feingold, 1992). Se utilizan ejemplos, preferentemente de su propia experiencia, que demuestran que corregir un defecto o acudir a un método para mejorar la belleza no siempre ha llevado a un cambio de la propia imagen, que es posible sentirse mejor sobre la propia apariencia sin cambiar realmente el aspecto y que otras personas pueden percibir la apariencia del paciente de una forma muy diferente a como él la percibe. Se señala que aparte de algún "problema" físico que pueda existir, él/ella ha desarrollado hábitos que interfieren con el funcionamiento. El objetivo de la terapia no será que le agrade su propia apariencia, sino que al menos la tolere, y elimine tendencias conductuales autoderrotistas. No es necesario convencer al paciente de que el defecto es imaginario con el fin de que participe en la terapia. De hecho, es mejor evitar un enfrentamiento sobre esta creencia y centrarse en la interferencia que ha provocado el preocuparse. Podría servir de ayuda tranquilizar al paciente puesto que, según la investigación, la mayoría de los participantes en este tipo de terapia cognitivo-conductual son capaces, de hecho, de cambiar, independientemente de la gravedad de su defecto y que no abandonan los hábitos sanos orientados hacia la belleza o el estar en forma. Por ejemplo, en un estudio sobre la terapia cognitivo-conductual para la imagen corporal en personas obesas, nuestros pacientes superaron la imagen corporal negativa sin perder peso, pero al mismo tiempo su autoaceptación no les provocó un aumen-

to de peso o que abandonaran las restricciones en la dieta (Rosen, Orosan y Reiter, 1995).

IV.1.3. Historia del desarrollo de la imagen corporal

Es útil hacer que el paciente escriba una breve historia del desarrollo de las preocupaciones sobre su apariencia. El paciente debería considerar por separado la primera infancia (hasta los 7 años), la infancia posterior (antes de la pubertad), los primeros años de la adolescencia, los últimos años de la adolescencia, los primeros años de la edad adulta y el momento presente. En cada uno de estos períodos, se pide al paciente que describa su apariencia física y las experiencias o acontecimientos importantes que influyeron sobre su imagen corporal.

Es probable que la preocupación del paciente con un TDC por su apariencia física comience durante la adolescencia (Andreasen y Bardach, 1977; Munro y Stewart, 1991; Phillips, 1991; Thomas, 1984) cuando las preocupaciones sobre el desarrollo físico y social alcanzan su punto máximo (Pliner, Chaiken y Flett, 1990). La propia conciencia sobre la apariencia puede ser más intensa para adolescentes que sean físicamente distintos, como el ser alto o bajo de modo poco habitual, madurar más pronto o más tarde, tener una nariz larga, sufrir de acné de forma acusada, tener pechos muy grandes o muy pequeños, padecer de sobrepeso, etc. En realidad, muchos pacientes con un TDC poseen algunas anomalías físicas reales, pero sin importancia, que desencadenan una mayor atención de la gente (Hay, 1970; Thomas y Goldberg, 1995).

El riesgo de desarrollar un trastorno dismórfico corporal es aún mayor si el rasgo de la apariencia está acompañado por más incidentes traumáticos. El más frecuente es el ser molestado por la apariencia (p. ej., véanse los casos presentados por Braddock, 1982; Hay, 1970; Munjack, 1978; Philippopoulos, 1979). Algunos pacientes con un TDC son sometidos a continuas críticas sobre su aspecto, generalmente por los miembros de su familia. Otros remontan el origen de su preocupación a un único momento, una anotación de pasada que quizás no intentaba ser crítica. Otros incidentes incluyen el ser marginado o rechazado por su apariencia, el ser agredido físicamente o sufrir abusos sexuales o físicos, el fracasar en atletismo y el tener una lesión o una enfermedad (Orosan, Rosen y Tang, 1996). Más tarde, el malestar por la imagen corporal puede ser desencadenado por acontecimientos o situaciones que se parecen a esos primeros sucesos. Es natural también que la gente trate de explicar las experiencias que les causaron profundos sentimientos de humillación. Desgraciadamente, los pacientes con un TDC llegan a creer que un "defecto" de su apariencia significa que son gente deficiente.

Al examinar la historia del TDC podría ser de utilidad ayudar a los pacientes a reconocer que sus síntomas son racionales hasta cierto punto, teniendo en cuenta sus experiencias personales. Sin embargo, el paciente tiene que comprender que aunque los mensajes culturales sobre la apariencia y los acontecimientos de la historia personal (p. ej., ser molestado cuando era niño) podrían ser importantes para el desarrollo de su TDC, la terapia se tendrá que centrar en superar

las conductas y actitudes actuales que mantienen el trastorno. Éstas son normalmente un lenguaje negativo sobre el cuerpo, suposiciones falsas sobre la apariencia, conductas de evitación y de hacerse continuos exámenes del cuerpo.

IV.2. Reestructuración cognitiva

La terapia requiere una evaluación conductual detallada con el fin de identificar las actitudes disfuncionales y las situaciones en las que ocurren. Un diario de autorregistro, como el utilizado en la depresión (Beck *et al.*, 1979), puede facilitar en gran medida la reestructuración cognitiva. El paciente debería registrar cualquier situación que provocase una autoconciencia sobre la apariencia —positiva o negativa—, creencias o pensamientos sobre la imagen corporal y el efecto de éstos sobre el estado de ánimo y la conducta. Se utiliza un formato de diario, en el que el paciente analiza la experiencia en una secuencia A-B-C: 1. Acontecimientos Activadores (la situación y el desencadenante de la autoconciencia física o de la insatisfacción con el cuerpo); 2. Creencias ("Beliefs") (pensamientos sobre la situación o sobre uno mismo), y 3. Consecuencias (resultado de la situación o reacciones emocionales y conductuales).

IV.2.1. Lenguaje negativo sobre el cuerpo

Se puede pasar mucho tiempo hablando extensamente de pensamientos invasivos, repetitivos, relativos a la insatisfacción corporal. «Mi cara es realmente desagradable; es tan ancha y sin contorno, como una sandía con dos manchas en ella; me hace parecer repulsivo». En la terapia denominamos a esto "lenguaje negativo sobre el cuerpo". Esas afirmaciones son sólo comentarios negativos sobre la estética de la apariencia, sin referirse a implicaciones específicas de esa apariencia. Tasas elevadas de lenguaje negativo sobre el cuerpo durante el día perpetúan la autoconciencia y las emociones negativas. Para empezar a cambiar la imagen corporal, es necesario cambiar la forma en que uno se habla a sí mismo sobre su propio cuerpo. Se ayuda al paciente a construir descripciones de uno mismo más objetivas, neutras o sensatas, que sean creíbles de forma razonable y sin carga emocional de autocrítica. Por ejemplo, el paciente podría practicar llamando a su cara "redonda" y "blanca" en vez de "desagradable" y "repulsiva". Se pide al paciente que practique un habla neutral consigo mismo durante el día, cuando se den elementos recordatorios como el verse la cara o un invasivo lenguaje negativo sobre el cuerpo. Debería ensayarse la nueva descripción mientras se lleva a cabo la exposición ante el espejo en casa, que prescribimos al comienzo de la terapia (véase más adelante). Las autodescripciones positivas son innecesarias al principio y generalmente el paciente las rechaza. El terapeuta debería evitar discutir con el paciente sobre la realidad del defecto, pero sí tratar de eliminar el lenguaje negativo sobre el cuerpo que provoca malestar (p. ej., Terapeuta: «Independientemente de lo ancha que sea tu cara, otro problema parece ser la forma en que te hablas a ti mismo»). Un retroceso hacia

la autocrítica debería constituir una señal para que el paciente la hiciera seguir de una autoverbalización correctora. La cuestión es distraerse uno mismo de la continua autocrítica, en vez de intentar detener que se produzca el pensamiento. Si el paciente se queja de que le sigue sin gustar lo que ve, se le tranquiliza diciéndole que cierta insatisfacción con el cuerpo es normal y puede ser apropiada tanto en cuanto pueda superar la autodegradación innecesaria.

IV.2.2. Suposiciones y pensamientos autoderrotistas

La evaluación cognitiva debería ir más allá del lenguaje negativo sobre el cuerpo intentando que el paciente explique con más detalles su evaluación de las situaciones en las que tiene lugar la insatisfacción. Utilizando el diario, se ayuda al paciente a que acompañe al lenguaje negativo del cuerpo con otros pensamientos sobre la situación o con suposiciones sobre la importancia de su apariencia. Por ejemplo, se puede preguntar: «¿Qué es lo que te molestaba de tu "ancha" cara en esa situación? ¿Qué te imaginaste que la gente estaba pensando cuando te vio?». Un frecuente patrón de pensamientos es: «Tenía un mal aspecto, la gente se daba cuenta y prestaba atención a mi apariencia, me juzgaban de forma negativa como persona. Por consiguiente, mi apariencia demuestra algo negativo sobre mí» (p. ej., soy insoportable, tonto, perezoso, poco masculino o poco femenino, raro, ofensivo, estafalario, demasiado agresivo, inmoral, etc.). Otras suposiciones frecuentes (véase Cash, 1995) son: «Si pudiera tener la apariencia que deseo, mi vida sería mucho más feliz. Si la gente conociera mi aspecto real, les agradaría menos. Mi apariencia es responsable de gran parte de lo que me ha sucedido en la vida. El único modo en que podría gustarme mi aspecto sería cambiándolo». Éstas son las clases de creencias que explican los profundos sentimientos de vergüenza y ridículo en los pacientes con un TDC. Finalmente, el terapeuta debería considerar otras cualidades de las cogniciones como el que sean poco razonables, el preocuparse (la frecuencia del pensamiento), el malestar (cuando se insiste en los pensamientos), la convicción (con qué grado de firmeza se mantiene la creencia) y el esfuerzo y el grado de control percibidos para resistir el pensamiento (Lowe y Chadwick, 1990; Kozak y Foa, 1994).

La reestructuración cognitiva de las convicciones menos razonables y más perturbadoras sobre la apariencia puede llevarse a cabo por medio de técnicas estándar empleadas en el tratamiento de la depresión y de los trastornos por ansiedad (Barlow, 1988; Beck *et al.*, 1979). Así, se anima al paciente a que evalúe las evidencias a favor y en contra de la creencia, a que cuestione las evidencias en vez de la misma creencia, al menos al principio. Por ejemplo, una mujer se preocupaba de que la gente pensara que no era atractiva, que poseía una tez sucia y que tenía un aspecto desaliñado, aunque ella se vestía meticulosamente, tenía un aspecto elegante y su piel era normal. La discusión podría centrarse en los comentarios que hace la gente sobre su apariencia, en vez de en lo que la gente podría pensar. Si no puede recordar ninguno o parecen sesgados, debería registrar en su diario de imagen corporal cualquier retroalimentación nueva. Luego, se le pregunta si estos ejemplos o cualquier otra cosa que sucedió entre las sesiones

de terapia modificó su creencia. Quizás descubrirá que la gente le hace cumplidos o no está interesada en su apariencia. Se hacen preguntas que la estimulen a examinar sus suposiciones: «¿Qué importancia tiene tu aspecto comparado con otras características? ¿Qué sucedería si tuvieras una apariencia diferente? ¿Tendrías que hacer alguna otra cosa distinta a tener una apariencia diferente para hacer que las cosas sucedieran como lo deseas, o tener un aspecto diferente es todo lo necesario? Si no escondes tu apariencia, ¿qué te imaginas que sucedería? ¿Has comprobado alguna vez esa predicción? ¿Existen otras explicaciones, para acontecimientos que hayan ocurrido, que sean distintas a la explicación por tu apariencia? ¿El cambiar tu aspecto te ha llevado siempre a sentirte mejor sobre tu apariencia? ¿Eres realmente capaz de cambiar tu apariencia de la forma en que lo deseas? ¿El problema es tu cuerpo o tu imagen corporal?».

El paciente debería desarrollar autoverbalizaciones alternativas que reflejen la situación de la imagen corporal de forma más precisa (p. ej., «La gente piensa en realidad que tengo un aspecto agradable. Soy una persona limpia y ordenada»). Se cambia el diario de la imagen corporal de A-B-C a un formato A-B-C-D-E. La sección D será el lugar adecuado para que el paciente escriba una alternativa, *Debatiendo los pensamientos para corregir las creencias que identifica como derrotistas, erróneas o poco razonables*. El debate o cuestionamiento de los pensamientos debería ensayarse durante y antes de las situaciones que implican a la imagen corporal. Se establecen pensamientos que son razonables y se anima al paciente a que los practique hasta que se vuelvan familiares y creíbles. Se pueden medir los cambios graduales en actitudes pidiendo al paciente que evalúe la credibilidad, en una escala de 0 a 100, después de haber escrito el pensamiento de debate en el diario. Luego, en el apartado E del diario, debería escribir los *Efectos positivos del pensamiento corrector*. En los pacientes que tienen problemas para reconocer los pensamientos irracionales o las alternativas constructivas, Cash (1995) plantea un modelo del proceso para la autoevaluación de los errores cognitivos típicos y las suposiciones autoderrotistas.

Hay que concentrarse, al principio, en las creencias que sean, de alguna manera, menos convincentes (serán más fáciles de modificar) y luego avanzar hacia sus convicciones más firmes. Por ejemplo, la paciente puede estar deseando preguntarse si los desconocidos o los compañeros de trabajo se preocupan mucho por su apariencia (de la paciente), pero está convencida de que su marido quiere abandonarla porque no es atractiva. Esto último parece tener una mayor justificación porque un marido debería estar más interesado en la apariencia de su mujer que los desconocidos. Se ahonda en estas convicciones más sólidas después de que el paciente ha realizado algunos progresos con las otras.

Al igual que otros pacientes con un trastorno somatoforme, las personas con un TDC atribuyen la mayor parte de sus problemas a su defecto físico percibido. Se facilitará la recuperación del trastorno si el paciente puede identificar explicaciones del malestar que sean distintas a las que se refieren a su apariencia. Por ejemplo, a la paciente que se preocupa de que la gente le rechace debido a su peso, se le debería preguntar de qué otra forma podría apagar el interés de otras personas. Quizás ella no sabe mantener conversaciones o se siente incómoda en situaciones de intimidad. Se le debería pedir que comparase la importancia de

las habilidades sociales con la apariencia a la hora de formar relaciones sociales. El llegar a otras explicaciones es un punto de inflexión en donde la paciente puede abandonar la idea de que tiene que cambiar su apariencia con el fin de ser más feliz y tener más éxito. Aunque podría ser molesto admitir otra disfunción, al menos puede ser una que sea más modificable que la apariencia física.

IV.2.3. Percepciones distorsionadas de la apariencia

Una discrepancia entre la apariencia real y la imagen mental del paciente sugiere un trastorno perceptivo. Se ha postulado que la percepción errónea de la información sensorial sobre el cuerpo (visual, cinestésica, táctil, olfativa) pudiera ser la responsable de estas experiencias (Lacey y Birtchnell, 1986). El único estudio controlado de la percepción del tamaño de zonas del cuerpo en pacientes con un TDC mostró, sorprendentemente, que éstos eran *más* precisos al juzgar el tamaño de sus rasgos faciales que pacientes sometidos a rinoplastia y controles normales (Thomas y Goldberg, 1995), sugiriendo que las quejas de los pacientes podrían representar una distorsión de la actitud no de la percepción.

Se dispone de poca información sobre cómo modificar las percepciones o creencias sobre la existencia de un defecto en la apariencia o cuándo se debería afrontar este rasgo central. Schmidt y Harrington (1995) pidieron a un paciente con un TDC que padecía obsesiones sobre la pequeñez de sus manos, que buscase estadísticas sobre el tamaño de las manos en los hombres y comparase sus manos con las de un tamaño normal. Finalmente, la creencia del paciente en la pequeñez anormal de sus manos desapareció. Se ha informado de técnicas similares de retroalimentación correctora del tamaño de partes corporales en la terapia sobre la imagen corporal empleada con pacientes que sufrían un trastorno de la alimentación y en mujeres insatisfechas con su peso, a quienes se instruía para que comparasen su peso con la norma o que compararan las dimensiones corporales que ellas estimaban con medidas reales (Rosen *et al.*, 1990). Se pueden urdir muchas experiencias o experimentos conductuales para dar al paciente más retroalimentación objetiva sobre su apariencia, algo que podría ayudar al paciente a cuestionarse sus imágenes distorsionadas.

En informes de pacientes sin un TDC, los ejercicios correctores produjeron menos distorsión de la apariencia (Goldsmith y Thompson, 1989; Norris, 1984; Rosen, Saltzberg y Srebnik, 1989), pero no necesariamente más satisfacción con la apariencia (Biggs, Rosen y Summerfield, 1980; Fernández y Vandereycken, 1994). Además, el entrenamiento en percepción no se suma al beneficio global de los programas cognitivo-conductuales básicos (Rosen *et al.*, 1990). La ventaja principal de la retroalimentación correctora podría ser el facilitar la adquisición de una mayor conciencia sobre el trastorno, en vez de modificar la imagen corporal en sí misma (Garner y Bemis, 1982). Por ejemplo, Vandereycken muestra a sus pacientes con anorexia nerviosa una cinta de vídeo sobre el aspecto que tienen en bikini cuando son admitidos en la clínica, con el fin de ayudar a que detengan el negar su apariencia (Vandereycken, Probst y Van Bellinghen, 1992).

Marks (Cromarty y Marks, 1995; Marks, 1995) y Newell y Shrubbs (1994) han recomendado enfrentarse a la creencia en el defecto directamente, representando un debate o cuestionamiento por medio del cual el paciente tiene que encontrar evidencias para refutar el defecto percibido. Por ejemplo, un hombre que se quejaba de que su cabeza era demasiado grande representó el papel de un defensor en un juicio de broma (Cromarty y Marks, 1995):

Terapeuta: «El fiscal hace la observación al juez de que su cabeza es tan grande ¡que no cabía bien por la puerta cuando usted entro!»

Paciente: «Mi cabeza puede ser grande, pero eso no es cierto, no llegó ni siquiera a tocar los lados de la puerta».

Terapeuta: «[. . .] el fiscal alega que su cabeza es tan grande que nunca podrá usar sombrero».

Paciente: «¡Eso no es cierto! he usado sombrero en el pasado y tengo fotografías que lo demuestran!»

Terapeuta: «¡Pero usted los mandó hacer especialmente para que pudieran encajar con el tamaño de su cabeza!».

Paciente: «No, los compré en unos grandes almacenes como todo el mundo».

Newell y Shrubbs (1994) emplearon este tipo de cuestionamiento para romper la resistencia de sus pacientes a la terapia de exposición.

Aunque el enfrentamiento del defecto tiene el potencial de ser terapéutico, el momento en que se hace es importante. Ofrecer al paciente una retroalimentación objetiva conlleva una demanda implícita de que acepte la realidad del clínico sobre la suya propia. A menudo es más eficaz empezar la reestructuración cognitiva con creencias que son menos sólidas. En este caso, hay que tener cuidado de no discutir sobre si el supuesto defecto existe realmente. Tanto en cuanto sea posible, se debería validar, en vez de degradar, la percepción del paciente («Ya veo a lo que te estás refiriendo. El estómago no es plano como tú quieres, sino curvado y redondo»). Hay que desarrollar la tolerancia del paciente a admitir imperfecciones físicas, pero lo que es aún más importante: hay que cuestionar las implicaciones percibidas del defecto. Nuestra experiencia ha sido que la creencia en el defecto empieza a desvanecerse por sí misma y el terapeuta puede cuestionarla mejor conforme el paciente abandona convicciones secundarias de estar sometido a escrutinio o ser evaluado negativamente por otras personas.

IV.2.4. Tipo de queja sobre la apariencia

Una de las características más fascinantes del TDC es el tipo de queja sobre la apariencia. La localización del defecto y el significado que el paciente le atribuye pueden constituir una ventana a otras disfunciones o imágenes de uno mismo y, por consiguiente, puede ser útil en el diagnóstico o en el tratamiento. Por ejemplo, Birtchnell, Whitfield y Lacey (1990) informaron que el sentirse a disgusto con la sexualidad es frecuente entre mujeres que piden una disminución de los pechos. En estos casos, se deben identificar los pensamientos o las connotaciones sexuales y modificarlos por medio del diario de autorregistro. Podría ser necesari-

ria una terapia complementaria para abordar la disfunción sexual. El paciente de Schmidt y Harrington (1995) con las «manos anormalmente pequeñas» se sentía como una persona débil y poco masculina. Sin embargo, hay que tener cuidado al aplicar interpretaciones estereotipadas a partes del cuerpo. Hemos tenido pacientes que pensaban que sus rasgos faciales les hacían parecer promiscuos y otras pacientes con obsesiones hacia los pechos que no tenían connotaciones sexuales. La interpretación tiene que ser respaldada por evidencias.

Otra dimensión de la apariencia es la visibilidad del defecto. Muchos pacientes con un TDC poseen anomalías perceptibles (Thomas y Goldberg, 1995), mientras que otros se quejan de defectos totalmente imperceptibles. La característica esencial del TDC es el hecho de que la queja física es excesiva con respecto a la evidencia objetiva. Ambos tipos de quejas, imaginarias o exageradas, pueden diagnosticarse como trastorno dismórfico corporal. Es tentador pensar que el paciente que padece algún defecto real, aunque siempre con una apariencia normal, tiene una mayor justificación para sentirse molesto y se halla menos perturbado, ya que él no «distorsiona» su apariencia. Pero la distorsión perceptiva de la apariencia es sólo una faceta de la imagen corporal perturbada. El TDC se compone también de características cognitivas y conductuales. No todos los pacientes manifiestan los tres tipos de disfunciones. Considera el siguiente ejemplo de un sujeto sin TDC. Un hombre con un brazo amputado se siente sin valía, evita estar en público y actúa de forma hostil si alguien comenta algo sobre el miembro que le falta. La vergüenza de este hombre es perturbadora, causa interferencias y requiere tratamiento, incluso aunque tenga una deformidad real y esté expuesto al rechazo real. De igual manera, en el TDC, el terapeuta debe abordar la interpretación del paciente sobre su apariencia y las adaptaciones que ha hecho en su conducta, independientemente del aspecto real.

Actualmente no existe ningún estudio sobre el TDC que haya examinado las diferencias en la gravedad de los síntomas, en la psicopatología o en la respuesta al tratamiento, cuando se agrupan según las partes del cuerpo o las características de la apariencia. Al igual que otros trastornos somatoformes, el problema en el TDC puede que no sea la pequeñez del defecto o la parte del cuerpo en que lo ve el paciente, sino el mismo hecho de que el paciente esté preocupado.

IV.2.5. El afrontamiento de los estereotipos y los prejuicios

Los síntomas de una imagen corporal negativa son muy frecuentes en las personas con sobrepeso debido a la discriminación social que experimentan. Aunque puede que no satisfagan los criterios del TDC debido a su defecto «real», la reestructuración cognitiva de la preocupación por la apariencia sigue siendo apropiada. No se deberían pasar por alto los pensamientos realistas sobre encuentros donde se da la discriminación. Sin embargo, habría que ayudar al paciente a aprender más formas de responder aumentando la autoestima y a afrontar el estigma de la obesidad. En primer lugar, se debería desalentar a los pacientes a que siempre busquen defectos en sí mismos para explicar las actitudes negativas de otras personas. En vez de aceptar la crítica como personalmente relevante, el pa-

ciente debería reconocerla como una clase de prejuicio y un trato ignorante y desconsiderado de una parte de la sociedad. Además, debido a que la mayoría de las personas obesas acepta los estereotipos sobre la obesidad y se culpa demasiado a sí misma por su sobrepeso, es importante fomentar su resistencia proporcionándoles información sobre las causas no conductuales, genéticas y fisiológicas de la obesidad. Se podría animar también a la persona a que encontrarse ejemplos de su propia experiencia que contrarrestasen los estereotipos (p. ej., la persona no puede ser débil e indisciplinada, ya que es resuelta y competente en muchas otras áreas de la vida).

Segundo, los participantes tendrán que aprender a disminuir la importancia de las características según las que son juzgados, es decir, su apariencia de sobrepeso. Aunque sus iguales juzgan a las personas con sobrepeso como menos atractivas, esas evaluaciones no muestran diferencias entre obesos y no obesos en la magnitud del agrado o en la competencia social percibida (Jarvie *et al.*, 1983; Miller *et al.*, en prensa).

Tercero, se debería desalentar a los participantes de que sólo se comparasen con personas que son más delgadas que ellas. Las comparaciones hacia sólo un lado perpetúan los sentimientos de separación. Por el contrario, los participantes deberían compararse con un rango más diverso y representativo de tipos corporales. Tanto en cuanto no se vuelva excesivo, las comparaciones sociales deberían hacerse con otras personas con sobrepeso. Hemos tenido éxito en reducir los síntomas de la imagen corporal desde niveles clínicamente graves, en hombres y mujeres obesos, hasta niveles normales, utilizando únicamente esta terapia para la imagen corporal, sin ninguna instrucción ni ayuda para controlar el peso (Rosen, Orosan y Reiter, 1995).

IV.3 Procedimientos conductuales

Las fuertes emociones de ansiedad y la conducta de evitación que las acompaña, el examen del cuerpo y los rituales de acicalamiento hacen que el trastorno dismórfico corporal sea adecuado para las técnicas de exposición y de prevención de la respuesta.

IV.3.1. La exposición a las situaciones que se evitan

Recomendamos que antes de enfrentarse en público con las situaciones provocadoras de ansiedad, el paciente debería empezar con la exposición a la contemplación de su cuerpo, sin supervisión, en la intimidad de su propia casa. Se puede desarrollar una jerarquía de las partes corporales, desde la más satisfactoria a la más perturbadora, entrevistando al paciente o utilizando una simple escala de satisfacción corporal como la *Escala de catexis corporal (Body cathexis scale; Sercord y Jourard, 1953)*. El paciente debería practicar la contemplación de cada paso de la jerarquía durante un minuto o dos hasta que sea capaz de hacerlo sin un malestar significativo y sin lenguaje negativo hacia el cuerpo. La exposición

se llevaría a cabo vestido/a y luego desnudo/a frente a un espejo de cuerpo entero. Cash (1995) recomienda que el sujeto aprenda primero a relajarse y progrese luego a lo largo de la jerarquía utilizando la desensibilización sistemática. Giles (1988) informó de una terapia similar de desensibilización en una mujer con bulimia nerviosa que se imaginaba contemplando una jerarquía de áreas corporales perturbadoras en un espejo.

El paciente debería asegurarse de contemplar las áreas satisfactorias y ligeramente insatisfactorias con el fin de obtener una imagen completa de sí mismo, en vez de centrarse inmediatamente en los lugares ofensivos. Muchos pacientes con un TDC evitan mirar su defecto y encontrarán esta tarea muy penosa. Es posible que se necesite llevar a cabo la exposición a lo largo de varias semanas. El practicar varios días a la semana facilitará la habituación. Otros pacientes con un TDC ya se examinan delante del espejo. En estos casos, debería igualmente llevarse a cabo la tarea de exposición, pero se instruiría al paciente para que practicara un lenguaje neutral, objetivo, hacia el cuerpo, mientras se contempla a sí mismo/a. El objetivo no es convencer al paciente de que su apariencia es atractiva, sino simplemente a tolerar la vista de su imagen.

Después de la tarea del espejo en casa, a menudo ampliamos la exposición para incluir el contemplarse a sí mismo en más situaciones públicas, como el verse reflejado/a en los escaparates de las tiendas, el verse en los espejos de los probadores, en los espejos de los servicios, etc. El ver su propia imagen en un contexto público parece ser más problemático, quizás porque el paciente está pensando que su apariencia se está exponiendo también a otras personas.

Algunos pacientes con un TDC evitan completamente los paseos en público y se encuentran bastante discapacitados. Otros funcionan socialmente, pero evitan una participación total o una exposición entera del defecto. Debido a que las técnicas de exposición pueden ser sutiles, se necesita una evaluación completa. Cuantos más hábitos de evitación se puedan identificar, más oportunidades puede maquinarse el terapeuta para que el paciente desaprenda el exceso de autoconciencia sobre sí mismo. La evitación únicamente sirve para perpetuar el trastorno, porque el paciente nunca tiene la oportunidad para extinguir las respuestas de ansiedad ante los estímulos desencadenantes.

El diario de autorregistro de la imagen corporal puede revelar hábitos de evitación. El *Examen del trastorno dismórfico corporal* hace preguntas sobre categorías generales de evitación (p. ej., lugares públicos y sociales, vestirse, la desnudez, las actividades físicas, tocarse el cuerpo). Se deberían obtener ejemplos detallados de estas clases de evitación. El observar al paciente podría revelar tipos de disfraces bajo la forma de conductas no verbales o la manera de vestirse (p. ej., colocar las manos sobre la boca), de los que el paciente no se da cuenta o no lo hace de forma voluntaria. Cuando se llegue finalmente a una jerarquía de situaciones perturbadoras, deberían tenerse en cuenta las señales del contexto que influyen sobre el grado de dificultad, como la familiaridad de la gente, la proximidad física a los otros y el tipo de interacción social (p. ej., hablar ante un grupo comparado con hablar con un individuo). Munjack (1978) presentó el ejemplo de una jerarquía cuando llevó a cabo la desensibilización en un hombre preocupado por la atención hacia el color rojizo de su cara.

Algunos pacientes con un TDC han evitado con éxito la atención no deseada hacia su apariencia durante tanto tiempo que no se dan cuenta de las situaciones que son difíciles de controlar. En estas circunstancias, podría ser útil empezar con una serie de pruebas de evitación conductual para comprobar el malestar. Thompson, Heinberg y Marshall (1994) han presentado un ejemplo de esa evaluación, que implicaba hacer que el sujeto evaluase el malestar a una proximidad cada vez mayor del espejo y midiese la distancia a la que era capaz de acercarse.

Ejemplos de tareas de exposición que hemos utilizado son los siguientes: llevar ropa ajustada al cuerpo en vez de vestidos sueltos, desnudarse delante del cónyuge, no taparse los rasgos de la cara con las manos o con el tipo de peinado, vestirse de tal modo que se vean las cicatrices, hacer ejercicio en público usando chándal, ducharse en el gimnasio en vez de en casa, llamar la atención sobre la apariencia con ropa más moderna, acentuar un rasgo perturbador (p. ej., las cejas) con maquillaje o no utilizar éste para no enmascararlo, ponerse más cerca de la gente, contactar ocularmente con desconocidos y probarse ropa o maquillaje en las tiendas y pedirle al dependiente retroalimentación sobre su aspecto.

Un ejemplo de exposición graduada con un paciente que era muy autoconsciente sobre sus manos fue el siguiente: permanecer con las manos fuera de los bolsillos mientras se encuentra en presencia de otras personas, dejar que un desconocido le salude estrechándole la mano, llevar un reloj de pulsera y hacer que suene para atraer una mayor atención hacia sus manos, firmar un cheque delante de un empleado del banco, probarse anillos en una joyería delante del vendedor y, finalmente, dejar que un supervisor en el trabajo le vea las uñas sucias.

Uno de los casos de Marks y Mishan (1988) tenía preocupaciones sobre sus tez y labios rojizos. El paciente fue reintroduciéndose gradualmente en las situaciones sociales evitadas, desde montar en autobús hasta sentarse cerca de los demás, para finalmente dejarse trozos de pasta de dientes en los labios para llamar más la atención hacia ellos. Neziroglu y Yaryura-Tobias (1993) describieron a varios pacientes con preocupaciones sobre el pelo a los que se pidió que se pasearan en público con el pelo revuelto, mientras que el terapeuta le cuestionaba los pensamientos sobre la necesidad de ser perfecto y de aprobación.

Un aspecto autoderrrotista de evitación en el TDC es que los esfuerzos para camuflar u ocultar el defecto pueden realmente empeorar la apariencia, al encerrar al paciente en un rígido estilo de vida de inhibición en el vestir, acicalarse, en la conducta no verbal, en las actividades físicas, etc. Muchos de nuestros pacientes que tenían ser considerados poco atractivos, poco interesantes, feos, extraños, etc., crearon su propia realidad evitando las mismas conductas que les podrían hacer más atractivos. En el curso de la terapia de exposición, los pacientes normalmente descubren que no sólo pueden tolerar la ansiedad, sino que experimentan una sensación de liberación cuando incorporan nuevos estilos de vestir y de actividad física en su repertorio.

IV.3.2. Prevención de la respuesta de examinarse y acicalarse

La mayoría de los pacientes con un trastorno dismórfico corporal realizan alguna forma de examen del cuerpo, lo que entraña esfuerzos deliberados por inspeccionar, someter a escrutinio, medir o corregir su apariencia. Conductas típicas son el inspeccionarse a uno mismo delante del espejo, pesarse y medirse partes del cuerpo con cintas métricas. Es frecuente la conducta de acicalamiento excesivo emparejada con el examinarse. Ejemplos de ello son observarse con distinta ropa antes de vestirse por la mañana, alisarse el pelo numerosas veces, maquillarse muchas veces durante el día, cortarse las uñas excesivamente y arrancarse el vello.

Al igual que sucede en las compulsiones, en algunos casos el paciente con un TDC se dedicará al examen del cuerpo como un ritual para detener un pensamiento molesto sobre el defecto. Por ejemplo, un paciente podría correr hacia el espejo y examinarse detenidamente al tener el pensamiento de parecerle repugnante a alguien con quien acaba de hablar. En otros casos, la conducta carece de características compulsivas, pero el examinarse perpetúa una preocupación negativa por la apariencia. Por ejemplo, una paciente se reñía a sí misma mientras se pesaba, haciéndolo tres veces al día.

La conducta de examinarse puede evaluarse con brevedad en el TDC por medio del *Examen del trastorno dismórfico corporal* o la *Y-BOCS* modificada, que evalúa también el grado de interferencia provocada por la conducta. Ningún informe de caso del TDC ha utilizado ampliamente medidas conductuales de la frecuencia y el tiempo pasado en los rituales de acicalamiento y del examen, aunque esa evaluación podría ser útil durante el curso del tratamiento. Se podrían utilizar también pruebas de evitación conductual con el fin de medir la capacidad del paciente para resistirse a la conducta. Por ejemplo, se podría medir el tiempo que un paciente podría contemplarse en el espejo mientras se abstiene de acomodarse el pelo. Estas evaluaciones conductuales podrían ayudar al terapeuta a diseñar una reducción planificada de las conductas y proporciona, además, una medida objetiva de los beneficios del tratamiento.

Las conductas de acicalamiento y de examinarse pueden normalmente reducirse empleando técnicas simples de autocontrol. Ejemplo de ello son: disminuir la frecuencia de las veces que se pesa, tapar los espejos, salir de casa sin el equipo de maquillaje, establecer un tiempo fijo para vestirse, permitirse sólo dos cambios de ropa, abstenerse de inspeccionar manchas de la piel, etc. Una evaluación situacional de estas conductas, anotadas en el diario de autorregistro de la imagen corporal, es útil para identificar las señales que desencadenan la conducta de examinarse y para incorporarlas en el plan de cambio de conducta. Por ejemplo, un paciente podría contar que se pesa después de cada comida, además de hacerlo por la mañana y por la tarde. Basándose en el grado del impulso para realizar la conducta, el paciente podría empezar eliminando el pesarse por la noche y por la mañana y más tarde comer sin pesarse. Generalmente, estas intervenciones pueden llevarse a cabo sin la supervisión del terapeuta. Después, el terapeuta debería revelar el objetivo de la tarea preguntando al paciente sobre el efecto

real de no examinarse comparado con la predicción que temía. Por ejemplo, una paciente podría sufrir un alivio al descubrir que su peso permaneció estable, incluso aunque no lo vigiló de cerca. Otra paciente podría encontrar que la gente no la trataba de forma diferente incluso al aventurarse a salir sin maquillaje. Cash (1995) presentó un formato de autorregistro en el que la paciente podía identificar la conducta, su plan para arreglárselas sin ella, y el efecto de no realizar la conducta. Una hoja de trabajo como ésta constituye una doble señal, una para el cambio en la paciente y otra para la evaluación del progreso por el terapeuta.

En los casos en los que la frecuencia es alta o el impulso para realizar la conducta es fuerte, será necesario una exposición supervisada acompañada por la prevención de la respuesta. Marks y Mishan (1988) describieron a una mujer que se preocupaba de que su sudor olía terriblemente. La acompañaron al principio a salir a lugares públicos sin bañarse ni aplicarse desodorante. Para aumentar la resistencia a la conducta, podría ser útil acentuar en primer lugar el deseo de corregir el defecto y luego prevenir la conducta. Por ejemplo, Neziroglu y Yaryura-Tobias (1993) hicieron que una mujer exagerase las marcas vasculares de alrededor de la nariz con un bolígrafo y que se abstuviese de maquillarse mientras se miraba en un espejo. Despeinarse y luego abstenerse de peinarse delante del espejo se ha utilizado en varios casos (Neziroglu y Yaryura-Tobias, 1993). Uno de nuestros pacientes estaba obsesionado con la desigualdad de sus uñas y estaba constantemente comiéndoselas y mordiéndose el borde de la piel. En las sesiones de terapia, se cortaba una uña y se abstenía de comerse las otras.

IV.3.3. La eliminación de la búsqueda de palabras tranquilizadoras

Otra variación de la conducta de examinarse consiste en buscar palabras tranquilizadoras en otras personas, preguntando normalmente si el defecto se nota mucho o está peor que antes. La búsqueda de palabras tranquilizadoras puede alcanzar una frecuencia muy elevada, hasta el punto de que una paciente puede preguntar a su marido docenas de veces si tiene buen aspecto antes de salir de casa. Esta conducta es otro ejemplo de lenguaje negativo hacia el cuerpo, sólo que verbalizado en voz alta ante los demás. El buscar palabras tranquilizadoras es autoderrotista, porque no elimina la preocupación (el paciente no se cree esas palabras), entrena sin darse cuenta a otras personas a tomarse incluso más interés en la apariencia del paciente y puede poner tirantes las relaciones con la pareja y con miembros de la familia. Generalmente es posible y deseable eliminar esta conducta completamente. Podría ser necesario convencer al paciente para que cooperase con la intervención, enfatizando las consecuencias negativas de la búsqueda de palabras tranquilizadoras sobre sus relaciones. Igualmente, es de ayuda el explicar que la terapia está diseñada para hacerles sentirse con más confianza en sí mismos y que para lograr esto tienen que aprender a no depender de las opiniones de los demás. En la mayoría de los casos, se puede instruir simplemente al paciente para que deje de preguntar con el fin de obtener retroalimentación. Se necesitan eliminar también los intentos indirectos de obtener palabras

tranquilizadoras. Por ejemplo, una paciente debería abstenerse de decir en voz alta, «Cariño, tengo el pelo tan desaliñado...». Podría ser necesario también la exposición más la prevención de la respuesta. Por ejemplo, la paciente podría practicar paseando delante de su pareja, vestida de forma descuidada y abstenerse de pedirle su opinión. Debería eliminarse la búsqueda de tranquilidad médica, como las continuas consultas al dermatólogo, tal como uno haría en el tratamiento cognitivo-conductual de la hipocondría (Warwick y Salkovskis, 1989).

IV.3.4. Aceptar cumplidos

Relacionado con la búsqueda de palabras tranquilizadoras se encuentra el problema de los pacientes con un TDC de "pasar" de la retroalimentación positiva que reciben espontáneamente. Desafortunadamente, debido a procesos cognitivos distorsionados, el paciente normalmente pasa por alto o rechaza cualquier retroalimentación que discrepe con su imagen corporal negativa. Debido a que otras personas pueden ser más objetivas, y normalmente más positivas, sobre la apariencia del paciente, sería deseable que éste atendiera a esa información y la incorporase en su autoimagen. Para atacar este problema a nivel conductual, entrenamos a los pacientes por medio de la representación de conversaciones para que se abstengan de pasar de los cumplidos (p. ej., «No, no es cierto. Hoy tengo un aspecto horrible»). Por el contrario, el paciente practica la aceptación de cumplidos (p. ej., «Muchas gracias. Es un nuevo peinado») y lo ensaya subvocalmente para facilitar su absorción.

IV.3.5. Afrontar el estigma social

Algunos pacientes sin un TDC pero con defectos reales en su apariencia, como deformidades o una obesidad grave, necesitan ayuda en cuanto a generar respuestas de afrontamiento conductuales en situaciones que entrañan ser molestados, puestos en ridículo u observados fijamente por otras personas. Además de la reestructuración cognitiva, que ya se presentó anteriormente, alentamos a los pacientes para que identifiquen y modifiquen las conductas desadaptativas. Problemas típicos que encontramos son: tomar represalias con el desconocido insultándole a gritos o empezando una pelea, poner cara o hacer un gesto amenazantes, evitar lugares públicos, llorar, etc. Por ejemplo, una mujer obesa se quejaba de que los niños en público decían: «¡Mamá, mira esa gorda!». Ella se enfadaba con el niño o evitaba salir de casa. Le enseñamos a acercarse más a los niños en las tiendas y a sonreír. Dejó de sentirse molesta y descubrió que las observaciones negativas por parte de los desconocidos disminuían conforme ella se comportaba de manera más amable.

IV.3.6. La eliminación de las comparaciones excesivas

Un paso final de la conducta de examinarse es comparar los propios defectos con la misma parte del cuerpo en otras personas. El paciente podría estar buscando la confirmación de su autopercepción negativa o el alivio en el conocimiento de que no son los únicos. Cualquiera que sea el motivo, es fácil preocuparse con estas comparaciones y la frecuencia puede alcanzar elevados niveles, hasta el punto de que el paciente sea incapaz de mirar a otras personas sin centrarse en su apariencia. El mirar las fotografías de las revistas de modas y de culturismo es otra frecuente señal de comparación. Dichas comparaciones normalmente están condenadas al fracaso. O bien están sesgadas hacia la gente que tiene una mejor apariencia, en vez de compararse con un rango de gente normal, o bien el paciente percibe que todo el mundo tiene un mejor aspecto, independientemente de la comparación en términos objetivos. Debido a la carga de autoderrotismo que conlleva, se debería hacer un esfuerzo por controlar esta forma de examen. Se pueden diseñar estrategias de autocontrol adaptadas al hábito del paciente. Se le podría pedir que no comprara revistas de modas, que se quedara en la primera fila en la clase de aeróbic en donde no será posible observar a los demás participantes y que no verbalizara en voz alta las comparaciones con otras personas (p. ej., «Tienes tan buen aspecto; me gustaría tener tu tipo»). Una dificultad en la reducción de las comparaciones es que normalmente se manifiesta de forma más cognitiva que conductual. Las estrategias cognitivas podrían incluir: centrarse en un aspecto de la apariencia de la persona que sea distinto al que está relacionado con el defecto del paciente (p. ej., mirar su sonrisa en vez de hacerlo al tamaño de su nariz), interrumpir las comparaciones negativas («Me gustaría tener su figura») con expresiones de autoaceptación, apreciar la belleza en otras personas («Qué silueta tan bonita tienes») en vez de detenerse en pensamientos hostiles, de celos («No puedo soportar esas mujeres tan flacas»), y centrarse en rasgos no relacionados con la apariencia en otros individuos («Qué amable parece»).

V. CONCLUSIONES

Aunque el trastorno dismórfico corporal se ha descrito en la literatura psiquiátrica desde hace muchos años, los enfoques psicológicos para su tratamiento tienen una historia muy corta. El conocimiento sobre el tratamiento eficaz es muy limitado actualmente, debido principalmente a que casi ninguno de los informes se basa en una metodología experimental y en una evaluación rigurosa. El único estudio con grupo control proporciona una sólida evidencia en apoyo de la terapia cognitivo-conductual. Sin embargo, este estudio necesita ser replicado por otros investigadores. Muchas preguntas sobre la eficacia del tratamiento siguen sin tener contestación. Algunas de ellas se refieren al mantenimiento de la mejoría en el seguimiento a largo plazo, a la eficacia del tratamiento con los hombres,

al tratamiento en grupo comparado con el individualizado, a la comparación de diferentes terapias psicológicas y a los resultados del tratamiento según características clínicas, como el tipo de quejas sobre la apariencia y la presencia de pensamientos delirantes. El éxito de los enfoques conductuales sugiere que los síntomas del trastorno dismórfico corporal son hábitos sujetos a la extinción por medio del autocontrol y el condicionamiento. Aunque este hallazgo muestra que el aprendizaje es importante en el mantenimiento de los síntomas, no están claros los antecedentes tempranos del trastorno dismórfico corporal. Las teorías sobre las causas han ido a remolque de los modelos sobre el tratamiento.

El trastorno dismórfico corporal es un desafío a los clínicos porque el trastorno necesita distinguirse de otros tipos de preocupaciones sobre la imagen corporal, porque la mayoría de las personas con el trastorno son resistentes inicialmente a la intervención psicológica y porque los síntomas son diversos y a veces profundos. Algunas características del trastorno dismórfico corporal, como las compulsiones, son conocidas de los clínicos que trabajan con otros trastornos similares. Sin embargo, el cambiar la actitud o imagen mental del paciente sobre su apariencia puede ser desconcertante. Afortunadamente, la gente posee dentro de ella la capacidad para cambiar su imagen corporal, sin cambiar su apariencia física, si el terapeuta le proporciona directrices concretas y sistemáticas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edición (DSM-IV). Washington, D.C.: APA.
- Andreasen, N. C. y Bardach, J. (1977). Dismorphophobia: Symptom or disease? *American Journal of Psychiatry*, 134, 673-676.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Biggs, S. J., Rosen, B. y Summerfield, A. B. (1980). Video-feedback and personal attribution in anorexic, depressed, and normal viewers. *British Journal of Medical Psychology*, 53, 249-254.
- Birchnell, S., Whitfield, P. y Lacey, J. (1990). Motivational factors in women requesting augmentation and reduction mammoplasty. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 509-514.
- Bloch, S. y Glue, P. (1988). Psychotherapy and dysmorphophobia: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 152, 271-274.
- Braddock, L. E. (1982). Dismorphophobia in adolescence: A case report. *British Journal of Psychiatry*, 140, 199-201.
- Cash, T. F. (1995). *What do you see when you look in the mirror?: Helping yourself to a positive body image*. Nueva York: Bantam Books.

- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (dirs.) (1990). *Body images: Development, deviance and change*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T. F., Winstead, B. A. y Janda, L. H. (1986, abril). Body image survey: The great American shape-up. *Psychology Today*, 20, 30-44.
- Cromarty, P. y Marks, I. (1995). Does rational roleplay enhance the outcome of exposure therapy in dysmorphophobia? A case study. *British Journal of Psychiatry* 167, 399-402.
- De Leon, J., Bott, A. y Simpson, G. M. (1989). Dysmorphophobia: Body dysmorphic disorder of delusional disorder, somatic subtype? *Comprehensive Psychiatry*, 30, 457-472.
- Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111, 304-341.
- Fernández, F. y Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: A controlled study. *Eating Disorders*, 2, 135-140.
- Garner, D. M. y Bemis, K. M. (1982). A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 123-150.
- Giles, T. R. (1988). Distortion of body image as an effect of conditioned fear. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 19, 143-146.
- Goldsmith, D. y Thompson, J. K. (1989). The effect of mirror confrontation and size estimation feedback on perceptual inaccuracy in normal females who overestimate body size. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 437-444.
- Gómez-Pérez, J. C., Marks, I. M. y Gutiérrez-Fisac, J. L. (1994). Dysmorphophobia: Clinical features and outcome with behavior therapy. *European Psychiatry*, 9, 229-235.
- Harris L. (1987). *Inside America*. Nueva York: Vintage Books.
- Hay, G. G. (1970). Dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 116, 399-406.
- Hollander, E., Cohen, L. J. y Simeon, D. (1993). Body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 23, 359-364.
- Hollander, E., Liebowitz, M. R., Winchel, R., Klumer, A. y Klein, D. F. (1989). Treatment of body-dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers. *American Journal of Psychiatry*, 146, 768-770.
- Jarvie, G. J., Lahey, B., Graziano, W. y Farmer, E. (1983). Childhood obesity and social stigma: What we know and what we don't know. *Developmental Review*, 3, 237-273.
- Kanner, A. D., Coyne, J. C., Schaefer, C. y Lazarus, R. S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- Kozak, M. J. y Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.
- Lacey, J. H. y Birchnell, S. A. (1986). Body image and its disturbances. *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 623-631.
- Lowe, C. F. y Chadwick, P. D. J. (1990). Verbal control of delusions. *Behavior Therapy*, 21, 461-479.
- Marks, I. (1995). Advances in behavioral-cognitive therapy of social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 25-31.
- Marks, I. y Mishan, J. (1988). Dysmorphophobic avoidance with disturbed bodily perception: A pilot study of exposure therapy. *British Journal of Psychiatry*, 152, 674-678.
- McKenna, P. J. (1984). Disorders with overvalued ideas. *British Journal of Psychiatry*, 145, 579-585.
- Miller, C. T., Rothblum, E. D., Felicio, D. y Brand, P. (en prensa). Compensating for stigma: Obese and nonobese women's reactions to being visible. *Personality and Social Psychology Bulletin*.
- Munjack, D. J. (1978). The behavioral treatment of dysmorphophobia. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9, 53-56.
- Munro, A. y Chmara, J. (1982). Monosymptomatic hypochondriacal psychosis: A diagnostic checklist based on 50 cases of the disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, 374-376.
- Munro, A. y Stewart, M. (1991). Body dysmorphic disorder and the DSM IV: The demise of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 91-96.
- Newell, R. y Shrubbs, S. (1994). Attitude change and behaviour therapy in body dysmorphic disorder: Two case reports. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22, 163-169.
- Neziroglu, F. A., McKay, D., Todaro, J. y Yaryura-Tobias, J. A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid Axis II diagnoses. *Behavior Therapy*, 27, 67-77.
- Neziroglu, F. A. y Yaryura-Tobias, J. A. (1993). Body dysmorphic disorder: Phenomenology and case descriptions. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 27-36.
- Norris, D. L. (1984). The effects of mirror confrontation on self-estimation in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine*, 14, 835-842.
- Orosan, P., Rosen, J. C. y Tang, T. (1996, abril). Critical incidents in the development of body image. Presentation in symposium on body image, 7th International Conference on Eating Disorders, New York City, Nueva York.
- Pantano, M. y Santonastaso, P. (1989). A case of dysmorphophobia following recovery from anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8, 701-704.
- Philippopoulos, G. S. (1979). The analysis of a case of dysmorphophobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 24, 397-401.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorders: The distress of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1138-1149.
- Phillips, K. A. (1993). *Body dysmorphic disorder modification of the YBOCS*, McLean version. Belmont, Massachusetts: McLean Hospital.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Pope, H. G. y Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry*, 150, 302-308.
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Hudson, J. I. y Pope, H. G. (1994). A comparison of delusional and nondelusional body dysmorphic disorder in 100 cases. *Psychopharmacology Bulletin*, 30, 179-186.
- Pliner, P., Chaiken, S. y Flett, G. L. (1990). Gender differences in concern with body weight and physical appearance over the life span. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 263-273.
- Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19.
- Rosen, J. C., Cado, S., Silberg, S., Srebnik, D. y Wendt, S. (1990). Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21, 481-498.
- Rosen, J. C., Orosan, P. y Reiter, J. (1995). Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behavior Therapy*, 26, 25-42.

- Rosen, J. C. y Reiter, J. (1996). Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination. *Behaviour Research and Therapy*.
- Rosen, J. C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Rosen, J. C., Saltzberg, E. y Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.
- Schmidt, N. B. y Harrington, P. (1995). Cognitive-behavioral treatment of body dysmorphic disorder: A case report. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 161-167.
- Secord, P. F. y Jourard, S. M. (1953). The appraisal of body-cathexis: Body-cathexis and the self. *Journal of Consulting Psychology*, 17, 343-347.
- Sturmev, P. y Slade, P. D. (1986). Anorexia nervosa and dysmorphophobia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 780-782.
- Takahashi, T. (1989). Social phobia syndrome in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 45-52.
- Thomas, C. S. (1984). Dysmorphophobia: A question of definition. *British Journal of Psychiatry*, 144, 513-516.
- Thomas, C. S. y Goldberg, D. P. (1995). Appearance, body image and distress in facial dysmorphophobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 231-236.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J. y Marshall, K. (1994, enero). The Physical Appearance Behavioral Avoidance Test (PABAT): Preliminary findings. *Behavior Therapist*, 9-10.
- Vandereycken, W., Probst, M. y Van Bellinghen, M. (1992). Treating the distorted body experience of anorexia nervosa patients. *Journal of Adolescent Health*, 13, 403-405.
- Warwick, H. M. C. y Salkovskis, P. M. (1989). Hypochondriasis. En J. Scott, J. M. G. Williams y A. T. Beck (dirs.), *Cognitive therapy: A clinical casebook*. Londres: Routledge.
- Watts, F. N. (1990). Aversion to personal body hair: A case study in the integration of behavioural and interpretative methods. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 335-340.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Cash, T. F. (1995). *What do you see when you look in the mirror?: Helping yourself to a positive body image*. Nueva York: Bantam Books.
- Cash, T. F. y Pruzinsky, T. (dirs.) (1990). *Body images: Development, deviance and change*. Nueva York: Guilford Press.
- Rosen, J. C., Reiter, J. y Orosan, P. (1995). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 263-269.
- Rosen, J. C., Saltzberg, E. y Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy*, 20, 393-404.

APÉNDICE 1. ESQUEMA DEL PROGRAMA COGNITIVO-CONDUCTUAL PARA EL TRASTORNO DISMÓRFICO CORPORAL

Sesión 1:	Educación sobre la imagen corporal y la terapia de la imagen corporal Definir la imagen corporal Proporcionar información básica sobre la psicología de la apariencia física Definir el trastorno dismórfico corporal y el trastorno de la imagen corporal y proporcionar información sobre los factores que causan y mantienen el trastorno. Hablar de las actitudes del paciente hacia la terapia
Sesión 2:	Conseguir una historia del desarrollo del trastorno de la imagen corporal Entrenar a los pacientes en el autorregistro de situaciones, pensamientos y conductas que tengan que ver con la imagen corporal
Sesión 3:	Enseñar técnicas para controlar el lenguaje corporal negativo Construir una jerarquía de características de la apariencia o áreas corporales perturbadoras Proporcionar directrices en la relajación Empezar la exposición no supervisada a la visión de la apariencia en el espejo en casa
Sesión 4:	Identificar y empezar a evaluar las suposiciones desadaptativas sobre la apariencia Continuar la exposición a la apariencia en el espejo en casa
Sesión 5:	Continuar con la reestructuración cognitiva de las suposiciones desadaptativas sobre la apariencia Practicar la exposición a la apariencia en espejos o superficies reflectantes en público
Sesión 6:	Empezar la exposición a situaciones de imagen corporal que supongan un reto Continuar con la reestructuración cognitiva
Sesión 7:	Continuar la exposición a situaciones de imagen corporal que supongan un reto Empezar con la prevención de la respuesta del comportamiento excesivo sobre la imagen corporal
Sesiones 8 a 10:	Continuar con la exposición a situaciones de imagen corporal que supongan un reto Continuar con la prevención de la respuesta del comportamiento excesivo sobre la imagen corporal Preparación para la terminación de la terapia y con respecto a los acontecimientos que podrían desencadenar una recaída

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE LOS TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS

14. JUEGO PATOLÓGICO

LOUISE SHARPE

I. INTRODUCCIÓN

La literatura ha descrito los niveles problemáticos de la conducta de jugar utilizando distintas terminologías. La que se ha empleado para describir el juego patológico ha conllevado normalmente una gran carga teórica. Los términos incluyen descripciones de la conducta de jugar como adictiva (p. ej., Brown, 1987), compulsiva (p. ej., Dickerson, 1990) o patológica (p. ej., Dickerson y Hinchey, 1988). Cada uno de estos términos hace suposiciones implícitas sobre la naturaleza de la conducta de jugar problemática. Por ejemplo, tanto el *DSM-III-R* como el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1987, 1994) la denominan juego patológico y la colocan dentro de la categoría de los trastornos del control de impulsos. En el momento actual, no existen pruebas suficientes para determinar categóricamente la naturaleza de la conducta de jugar problemática como impulsiva, adictiva o compulsiva. Hasta cierto punto, la terminología que se emplea para referirse a niveles excesivos de juego es arbitraria. Sin embargo, en el presente capítulo se favorecerá el concepto de juego problemático para evitar los argumentos teóricos sobre la naturaleza del mismo que se encuentran más allá del alcance del presente capítulo (véase Dickerson, 1989 y Walker, 1989, para una discusión sobre este tema). El juego problemático se definirá en este capítulo según los criterios presentados en el *DSM-IV* (APA, 1994) para el juego patológico.

Según el *DSM-IV* (APA, 1994), se puede diagnosticar juego patológico cuando los pacientes poseen una «conducta de juego desadaptativa y persistente» caracterizada por al menos cinco de entre diez posibles criterios: 1. Preocupación por el juego. Esto puede incluir preocuparse por revivir de nuevo las experiencias pasadas de juego, planificar la siguiente aventura o pensar en el modo de obtener dinero para jugar; 2. Necesidad de jugar con mayor cantidad de dinero cada vez para obtener el mismo nivel de activación; 3. Repetidos esfuerzos sin éxito para reducir o dejar de jugar; 4. Inquietud o irritabilidad si no puede jugar; 5. El juego sirve para escapar de los problemas de la vida; 6. Conducta conocida como «cazar» las propias pérdidas, es decir, el jugador vuelve a jugar para intentar recuperar el dinero que ha perdido; 7. Miente a personas de su entorno que son importantes para él, incluyendo a los miembros de la familia, al terapeuta u a otras personas, en su intento de ocultar el grado de implicación en el juego; 8. Ha cometido actos ilegales o delictivos para financiar el problema de jugar; 9. Ha arriesgado o perdido partes importantes de su estilo de vida (como la familia, los amigos, el trabajo) como una consecuencia directa de la conducta de

juego; 10. Cuenta con otros individuos o instituciones para que le proporcionen dinero para aliviar una situación económica desesperada que surge como resultado de la conducta de jugar. Los criterios del *DSM-IV* excluyen específicamente episodios de la conducta de jugar que están asociados con un episodio maníaco. Sin embargo, un diagnóstico de juego patológico, según el *DSM-IV*, no elimina otro diagnóstico de este sistema de clasificación.

II. BASES EMPÍRICAS DEL TRATAMIENTO

La prevalencia del juego problemático estimada por diferentes estudios arroja cifras entre el 1 y el 3% de la población (Lesieur y Rosenthal, 1991), pero, a pesar de ello, las investigaciones sobre su tratamiento han sido relativamente escasas. Las primeras intervenciones se centraban en enfoques psicodinámicos para el tratamiento de los jugadores problema (p. ej., Bergler, 1958) o tenía lugar en unidades especializadas de pacientes internados (p. ej., Russo *et al.*, 1984). Claramente, esta última alternativa no suele ser factible para la mayoría de los clínicos. Además, los estudios en dicha dirección han utilizado generalmente un enfoque multivariado y sin grupo control, lo que hace que los resultados sean difíciles de interpretar.

Más tarde se popularizaron los enfoques conductuales. Seager (1970) utilizó el entrenamiento en aversión con catorce jugadores problema y encontró que cinco de ellos seguían sin jugar a los tres años. Más tarde, Greenberg y Marks (1982) trataron una serie de casos (7 pacientes) con desensibilización por medio de la imaginación y encontraron reducciones en la conducta de jugar en tres de los pacientes a los seis meses. Sin embargo, esto representa menos del 50% de su pequeña muestra. En un amplio estudio, sin grupos control, con 26 jugadores problema, Greenberg y Rankin (1982) utilizaron una serie de técnicas conductuales y encontraron resultados similares. Es decir, en el seguimiento (de 9 meses a 4,5 años) cinco sujetos tenían su conducta de juego bajo control, siete habían mejorado con recaídas ocasionales y para los restantes catorce su conducta de juego seguía siendo problemática. Aunque esto indica que se pueden conseguir estrategias útiles de tratamiento derivadas de un enfoque conductual, esos resultados están lejos de ser arroyos, ya que menos de la mitad de los sujetos de estos estudios había mejorado de forma importante.

Siguiendo con el objetivo de estos estudios conductuales, McConaghy *et al.* (1983) llevaron a cabo un estudio en el que comparaban la desensibilización por medio de la imaginación con el entrenamiento aversivo en un grupo de jugadores problema. Sus resultados indicaron que la desensibilización por medio de la imaginación era superior al entrenamiento aversivo. Un año más tarde, de los 10 sujetos que recibieron el primer tratamiento, dos habían dejado de jugar y cinco jugaban de forma controlada, comparado con ocho sujetos que tenían todavía un juego problemático en el grupo de entrenamiento aversivo. Además, en un seguimiento a largo plazo (de 2 a 9 años), sin grupos control, de sujetos que participaron en su programa con pacientes internos, diez de 33 individuos tratados

con desensibilización sistemática habían dejado de jugar y 16 más eran capaces de controlar su juego (McConaghy, Blaszczynski y Frankova, 1991). Aunque estos datos proporcionan un fuerte apoyo al empleo de la desensibilización sistemática en el tratamiento del juego problema, existe todavía mucho espacio para la mejora de estos resultados. Se ha criticado a McConaghy y sus colaboradores por su limitado enfoque de tratamientos mecanicistas con sólo un procedimiento (Dickerson, 1990). Se podría esperar que si se incluyeran otros factores importantes en el tratamiento, como las habilidades cognitivas, podrían mejorar la eficacia del mismo.

Sin embargo, escasean los estudios que emplean y aplican un enfoque cognitivo o cognitivo-conductual para el tratamiento del juego problema. Sin excepción, la literatura disponible no utiliza grupos control y está limitada a estudios de caso que documentan el éxito de un enfoque cognitivo. Existen muy pocos estudios que describan el empleo de un enfoque cognitivo o cognitivo-conductual con el juego problema. Esto puede deberse quizás, al menos parcialmente, al limitado conocimiento teórico del juego problema desde un punto de vista cognitivo-conductual. Ladouceur *et al.* (1989) publicaron un interesante estudio en el que se pedía a los jugadores que hablasen en voz alta mientras jugaban y se les pedía que cuestionasen sus verbalizaciones irracionales en el momento en que estaba teniendo lugar el juego. Este enfoque se basa en las evidencias cada vez más claras de que los jugadores de máquinas tragaperras tienen más verbalizaciones irracionales que racionales durante el juego (Gabourey y Ladouceur, 1988; Walker, 1992). Dichos autores enseñaron a cuatro jugadores de máquinas tragaperras a identificar y cuestionar sus pensamientos mientras estaban jugando. Parece que éste es un enfoque interesante que merece la pena seguir investigando. Sin embargo, no está claro que la naturaleza intensiva de este enfoque, que requiere que el terapeuta lleve a cabo las sesiones en vivo, sea necesaria para lograr los resultados deseados. Versiones de la terapia cognitiva basadas más en la clínica tradicional pueden igualmente producir cambios en las cogniciones del jugador.

Así, dos estudios de caso han utilizado un elemento cognitivo en sesiones clínicas, en las que se pedía a los pacientes que aplicasen estas habilidades entre sesiones. En dichos casos, los jugadores habían abandonado el juego en el período de seguimiento (Tonneatto y Sobell, 1990; Sharpe y Tarrrier, 1992). Estos enfoques pueden llevarse a cabo más fácilmente en la clínica. Una diferencia importante entre estos enfoques y el de Ladouceur *et al.* (1989) es que los estudios anteriores utilizaban un enfoque cognitivo-conductual más amplio. Aunque todos estos estudios nos informaban sobre tratamientos de caso único y los resultados no pueden generalizarse, los tratamientos tenían éxito para eliminar la conducta de juego. Más recientemente, se ha examinado el enfoque desarrollado por Sharpe y Tarrrier (1992) para investigar su eficacia cuando se utiliza con pequeños grupos de jugadores problema. El estudio comparó un enfoque cognitivo-conductual de ocho sesiones con un grupo control de lista de espera. Desafortunadamente, todavía no están disponibles los resultados a largo plazo. Sin embargo, sólo tres de los diez pacientes del grupo de tratamiento seguían jugando en el postratamiento, aunque todos habían mejorado. En realidad, dos suje-

tos de cada tres habían reducido su conducta de juego más de dos tercios. Algo que es interesante también es que todos los jugadores, excepto uno, del grupo de lista de espera informaron que su conducta de juego empeoró durante el período de tratamiento. En estos momentos, sólo se ha hecho un seguimiento de seis meses a tres jugadores y los tres siguen sin jugar desde que comenzó el tratamiento (Sharpe *et al.*, 1994). Aunque se necesitan más investigaciones sobre los enfoques cognitivo-conductuales, los resultados presentes son alentadores y sugieren que los enfoques cognitivo-conductuales tienen mucho que ofrecer en el tratamiento del juego problema. El objetivo del presente capítulo es proporcionar información sobre los tipos de procedimientos que son útiles en un tratamiento cognitivo-conductual para el juego problema y cómo podrían aplicarse a casos individuales.

III. EVALUACIÓN DEL JUEGO PROBLEMA

Al evaluar a los jugadores problema para un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual, es necesario realizar un análisis cognitivo-conductual de la conducta de la misma forma que se haría con otro trastorno. Sin embargo, hay aspectos específicos de esta población que también necesitan tenerse en cuenta. Concretamente, tienen que ver con: 1) las funciones de la conducta de jugar; 2) las habilidades de afrontamiento adaptativas y desadaptativas que tiene el paciente; 3) la presencia y naturaleza de los impulsos a jugar; 4) pensamientos irracionales que mantiene el jugador en relación con la probabilidad de ganar; 5) presencia de otros problemas; 6) nivel de motivación y 7) objetivo del paciente al seguir el tratamiento.

III.1. *Análisis funcional*

En primer lugar, el juego suele servir a muchas funciones en los individuos. Ciertos datos preliminares sugieren que estas funciones varían dependiendo del tipo de juego implicado. Por ejemplo, Cocco, Sharpe y Blaszczynski (1994) encontraron pruebas que sugieren que los jugadores de las carreras de caballos parecen jugar con el fin de aumentar su nivel de activación, mientras que es más probable que los jugadores de las máquinas tragaperras jueguen para escapar de acontecimientos estresantes. Por ello, es importante evaluar la naturaleza precisa de la función de jugar en cada individuo. Para hacer esto, es esencial identificar no sólo los aspectos negativos de la conducta de juego sobre el estilo de vida de una persona, sino también los aspectos positivos. A la mayoría de los jugadores se les ha contado las consecuencias negativas, pero raramente se reconocen las positivas. Solamente descubriendo las funciones positivas y encontrando métodos alternativos para lograr los mismos objetivos se puede mantener a largo plazo el abandono de la conducta de jugar. El tratamiento variará dependiendo de si el paciente juega para evitar el estrés, para reducir el aburrimiento, para obte-

ner una elevada activación o por alguna otra razón. Es necesario averiguar qué otras formas tiene el paciente de satisfacer estas mismas funciones.

III.2. *Habilidades de afrontamiento*

Sharpe y Tarrier (1993), en su reciente formulación cognitivo-conductual sobre la conducta de juego, han alegado que las habilidades de afrontamiento eficaces son importantes para actuar como mediadoras en los niveles problemáticos de juego. De modo específico, es necesario evaluar: a) la capacidad de un paciente para vigilar y controlar sus niveles de activación; b) su capacidad para demorar la gratificación; c) la capacidad para cuestionar sus pensamientos y d) la capacidad para solucionar problemas. A menudo los pacientes poseerán algunas habilidades de afrontamiento adaptativas que pueden mejorarse con la terapia. Sin embargo, es importante también examinar las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como el consumo de alcohol, que se necesitan disminuir y sustituir por otras alternativas más adaptativas. No son raros tampoco los niveles bajos de habilidades sociales o de asertividad en los jugadores problema. Una clara debilidad en estas áreas hará más difícil que los jugadores formen círculos sociales. Puesto que la socialización puede ser una función del juego para muchos jugadores, es necesario identificar los problemas en dicha área. Puede ser necesario el entrenamiento en habilidades sociales en algunos pacientes como una ayuda para trabajar con su conducta de juego.

III.3. *Los impulsos a jugar*

La mayoría de los jugadores problema comunica de impulsos frecuentes a jugar, que a menudo les llevan a realizar la conducta de juego. Sin embargo, la naturaleza de los impulsos difiere notablemente con los distintos individuos. Para algunos jugadores, sus impulsos son principalmente cognitivos y están asociados a pensamientos tales como «Hoy me siento con suerte». Otros jugadores describen los impulsos en términos de sensaciones físicas, como un aumento de la tasa cardíaca, manos sudorosas, un nudo en el estómago o náuseas. Algunos jugadores niegan, inicialmente, la presencia de cualquier forma de impulso a jugar. Parece haber una pequeña minoría de jugadores que tienen tan automatizado el juego que no se asocia a impulsos identificables. Sin embargo, la mayoría de estos pacientes que no pueden identificar los impulsos llegan a ser conscientes de ellos a lo largo del tratamiento. Por consiguiente, puede ser necesario centrarse en los impulsos incluso cuando el jugador niegue inicialmente la presencia de los mismos. La conclusión de que un paciente no tiene impulsos identificables puede llevar a un tratamiento que no es el óptimo si esa persona simplemente no se da cuenta del impulso.

III.4. Las creencias irracionales

El darse cuenta es también un tema importante en relación con las creencias que los jugadores han mantenido sobre la probabilidad de ganar o perder con su forma de juego. Aunque las probabilidades varían para diferentes tipos de juego, en todas las formas del mismo las posibilidades de ganar son inferiores a las posibilidades de perder. De nuevo, es imperativo no aceptar las alegaciones del jugador de que "sabe que va a ganar", puesto que a menudo se da más cuenta de las distorsiones cognitivas conforme el tratamiento progresa. Sabemos, a partir de las investigaciones de Gabourey y Ladouceur (1989) y de Walker (1989), que las verbalizaciones irracionales son más frecuentes que las afirmaciones racionales durante el juego en una máquina tragaperras. En realidad, Coulombe *et al.* (1992) han aportado pruebas sobre la relación entre el pensamiento irracional y la activación tal como se mide por la tasa cardíaca. Es decir, la tasa cardíaca del jugador estaba correlacionada positivamente con el número de verbalizaciones irracionales durante el juego. Además, hay otros estudios que han documentado la importancia del tipo de atribución al determinar la estrategia para apostar en una carrera de caballos entre una población de no jugadores (Atlas y Peterson, 1990). Así, se van acumulando pruebas sobre la importancia de las cogniciones en la conducta de jugar y como elemento mediador en la activación asociada con el juego, pero puede ser necesario que algunos pacientes vigilen activamente su pensamiento en situaciones de la vida real antes de que se den cuenta de las distorsiones que mantienen.

III.5. Diagnósticos concurrentes

La evaluación de los jugadores para determinar la presencia de un diagnóstico de juego patológico puede hacerse utilizando los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994). Sin embargo, es importante señalar que un diagnóstico de Juego patológico no descarta otros diagnósticos concurrentes. La literatura ha demostrado que los jugadores problema experimentan niveles mucho más elevados de depresión (p. ej., Blaszczynski, McConaghy y Frankova, 1990) y de ansiedad (p. ej., Blaszczynski y McConaghy, 1989) en comparación con los grupos control. En realidad, los estudios de investigación indican que la prevalencia de otros trastornos entre los jugadores problema es muy elevada. McCormick *et al.* (1984) investigaron la prevalencia de otros trastornos y encontraron que un tercio de los pacientes satisfacían de forma concurrente los criterios para un episodio depresivo mayor. Algo todavía más alarmante es que, en un estudio de Linden, Pope y Jonas (1986) con miembros de Jugadores Anónimos (JA) sobre la prevalencia a la largo de la vida, encontraron que cerca de tres cuartos de su muestra (72%) habían experimentado algún episodio depresivo mayor en su vida. Linden *et al.* (1986) hallaron también una elevada tasa de trastorno por pánico (20%) y más de la mitad de su muestra sufría también adicción al alcohol (52%). Estos resultados son consistentes con los hallazgos de que uno de cada

tres jugadores problema ha intentado suicidarse a lo largo de su vida (Moran, 1970). Así, la necesidad de detectar trastornos afectivos, conducta suicida, trastornos por ansiedad y otras adicciones es imperativa en esta población. En algunos casos puede ser apropiado tratar el trastorno concurrente antes de abordar el problema del juego. Sin embargo, existen ciertas pruebas que sugieren que la ansiedad y la depresión disminuyen también con las intervenciones conductuales y/o cognitivo-conductuales que tienen éxito para mejorar el problema de juego (McConaghy *et al.*, 1983; Sharpe *et al.*, 1994). Por consiguiente, es importante reconocer que probablemente en la mayoría de los casos reducir o eliminar el problema de juego produzca mejoras significativas en el estado de ánimo.

III.6. La motivación

Finalmente, es necesario evaluar el nivel de motivación del paciente y sus objetivos con respecto al tratamiento. Los jugadores a menudo acuden a tratamiento bien por la insistencia de otra persona (p. ej., el cónyuge), como resultado de estar implicados en asuntos delictivos o bien por algún otro problema. El enfoque de Miller (1983) de fomentar la motivación por medio de la entrevista puede ser muy útil para implicar y motivar a los pacientes en cuanto al tratamiento. Los cuatro principios básicos que subraya Miller para ayudar a promover la motivación son:

1. Quitar énfasis a las etiquetas. Es decir, la etiqueta de "adicción" o "compulsión" no es un prerrequisito para el tratamiento. Se debería animar al paciente para que viera que la necesidad de tratamiento se produce por el efecto de la conducta sobre su estilo de vida y no porque tenga alguna "enfermedad" que necesite ser "curada".
2. En consistencia con el punto anterior, el paciente necesita considerar que la responsabilidad personal de su conducta de juego se encuentra en él mismo.
3. El paciente necesita hacer atribuciones internas que le permitan considerar que el problema es potencialmente controlable y no una parte integral o inmodificable de ellos.
4. El terapeuta necesita alentar la disonancia cognitiva. Es decir, el paciente necesita descubrir que hay una inconsistencia entre su pensamiento racional y su conducta de juego continuo.

El empleo conjunto de estos principios puede ser útil para implicar y motivar al paciente.

Sin embargo, hay una tendencia a suponer que una vez que el paciente se ha motivado suficientemente, continuará estando motivado para dejar de jugar. Esta suposición simplemente no es correcta. Se piensa que la motivación es fásica en vez de constante y esto es lo que sucede en el caso de los jugadores. Se apoya en un análisis coste-beneficio por parte del paciente que invariablemente cambia con el tiempo. De este modo, puede ser necesario continuar utilizando aquellas

técnicas durante el tratamiento para mantener un alto grado de motivación. Sin una atención frecuente a las cuestiones de motivación, es probable que ocurran elevados niveles de abandonos y rechazo del tratamiento. Un estudio reciente sugirió que jugadores que rechazaron el tratamiento a través de un programa cognitivo-conductual en grupo indicaron, cuando se volvió a contactar con ellos, que la escasa motivación fue la razón principal para no acudir a él (Sharpe *et al.*, 1994). Otra razón importante mantenida por muchos jugadores era la demora entre las sesiones de grupo (que además no duraban más de ocho semanas para cada sujeto). Así, es clínicamente importante ver a los jugadores al tiempo que su motivación es elevada y facilitar dicha motivación por medio del tratamiento. En las primeras etapas, puede ser especialmente útil sesiones frecuentes para lograr ese objetivo y asegurarse de que la motivación será duradera y estable.

Es importante también colaborar con el paciente en el objetivo de la abstinencia o del juego controlado. En mi experiencia, la mayoría de los jugadores elegirán inicialmente un objetivo de abstinencia, pero algunos de ellos cambiarán de idea más adelante. Independientemente de que el objetivo sea la abstinencia o el juego controlado, es aconsejable cierto periodo de abstinencia para permitir que se desbaraten los patrones que se han desarrollado, mientras que se adquieren y se consolidan las habilidades (Sharpe y Tarrier, 1992).

IV. TRATAMIENTO

IV.1. Estabilización

El primer paso al tratar el juego problema consiste en estabilizar la conducta de juego. Claramente, si los pacientes fuesen capaces de abandonar o disminuir fácilmente su conducta de juego, no necesitarían acudir a tratamiento. Inicialmente, tiene que hacerse utilizando métodos muy prácticos que hagan difícil o imposible que el jugador tenga acceso a: a) dinero para jugar; o b) lugares de juego. De forma ideal, se puede implicar a alguien de la familia para que se responsabilice de las finanzas del paciente. Esto puede ser problemático cuando la persona tiene poco apoyo social y, por consiguiente, nadie pueda hacer esto por ella o cuando existen importantes problemas maritales, que no son raros en esta población. Sin embargo, un enfoque de solución de problemas adecuado puede resolver normalmente las dificultades que haya a este respecto. Por ejemplo, la gente puede cambiar con frecuencia sus costumbres con relación a los bancos, de modo que limite la disponibilidad del dinero en metálico a los cajeros automáticos. Puede modificar también el método de pago de su salario, de tal manera que el dinero vaya directamente a una cuenta bancaria y las facturas se paguen a través del banco antes de que pueda estar tentado a utilizar el dinero para propósitos de juego. Cuanto más difícil sea acceder al dinero para jugar, más probable será la desaparición de la conducta de juego en un primer momento.

Cuando se elige a un miembro de la familia para que se haga cargo de las responsabilidades económicas del paciente, deber quedarles claro —al paciente y al

miembro de la familia— que esto es una solución a corto plazo y no se trata de una intervención duradera. Los cónyuges, en particular, pueden tener dificultades en etapas posteriores del tratamiento para permitir a sus parejas retomar cierto control económico por temor a que vuelvan a jugar. Sin embargo, el retomar la independencia económica a largo plazo es esencial para el mantenimiento de los beneficios del tratamiento. Se producirá un comportamiento de evitación a menos que el individuo empiece gradualmente a llevar dinero encima, y cuando luego se enfrente casualmente a una situación de riesgo, dicha conducta de evitación puede actuar como estímulo desencadenante que aumentará las probabilidades de volver a jugar. Puede ser necesario pedir al cónyuge que acuda a la clínica al principio para explicarle esto o bien una vez que el paciente esté preparado para empezar a retomar el control económico.

No sólo debería instruirse al jugador a reducir o eliminar el acceso al dinero a corto plazo, sino también a los lugares de juego. Podría ser necesario cambiar la ruta para ir o venir de trabajar o bien encontrar actividades que sean incompatibles con la conducta de jugar en los periodos peligrosos. Si pueden plantearse pasos para reducir el acceso al dinero y a los lugares de juego, la mayoría de los jugadores no tendrán dificultades importantes para eliminar o disminuir notablemente su conducta de juego a corto plazo. Sin embargo, esto es claramente sólo el primer paso.

IV.2. La construcción de un repertorio conductual alternativo

Para todos los jugadores problema, la actividad de jugar se ha convertido en un acto que ocupa una gran parte de su tiempo antes de iniciar el tratamiento. Alcanzar con éxito el objetivo de la abstinencia dejará al jugador una gran cantidad de tiempo libre que no tenía anteriormente. Por consiguiente, es muy importante planificar esta eventualidad al comienzo del tratamiento construyendo un repertorio conductual de actividades alternativas. Si no se da este paso, el jugador puede retomar con frecuencia el juego después de largos periodos de abstinencia, debido al aburrimiento o a la falta de interacción social, especialmente si éstas eran algunas de las funciones originales para las que servía la conducta de juego del paciente. Las conductas alternativas tienen el propósito de ser una estrategia activa de afrontamiento para obtener el control sobre el impulso a jugar.

Puede ser útil al comienzo del tratamiento conseguir que los pacientes hagan una lista de las consecuencias positivas y negativas de su conducta de juego. No sólo sirve esto para fortalecer la motivación de los jugadores, sino que también es útil para presentar directrices sobre las funciones del juego. Estas funciones proporcionan entonces una buena guía para elegir actividades alternativas apropiadas que cumplan esas mismas funciones en el jugador. Por ejemplo, si las funciones de la conducta de jugar son: a) escapar del aburrimiento, b) afrontar el estrés, y c) conseguir una activación elevada, una actividad como la lectura sería escasamente útil, ya que podría servir sólo para una de esas funciones (el alivio del aburrimiento). Sin embargo, una actividad como algún tipo de ejercicio físico puede producir realmente un afluencia física de adrenalina, aliviar el aburri-

FIGURA 14.1. *Diario de juego*

Rellenar a las 12 del mediodía	Rellenar a las 6 de la tarde	Rellenar a la hora de acostarse
Impulso a jugar presente sí/no	Impulso a jugar presente sí/no	Impulso a jugar presente sí/no
En caso afirmativo, evalúa 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 de duración (en horas)	En caso afirmativo, evalúa. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 de duración (en horas)	En caso afirmativo, evalúa. 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 de duración (en horas)
Intensidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sin el impulso impulso más intenso	Intensidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sin el impulso impulso más intenso	Intensidad 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sin el impulso impulso más intenso
Capacidad resistir impulso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 fácil imposible	Capacidad resistir impulso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 fácil imposible	Capacidad resistir impulso: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 fácil imposible
¿Qué estabas haciendo?	¿Qué estabas haciendo?	¿Qué estabas haciendo?
¿Cuál fue la primera señal?	¿Cuál fue la primera señal?	¿Cuál fue la primera señal?
¿Qué estabas pensando?	¿Qué estabas pensando?	¿Qué estabas pensando?
¿Síntomas físicos?	¿Síntomas físicos?	¿Síntomas físicos?
¿Qué sentiste?	¿Qué sentiste?	¿Qué sentiste?
¿Cómo lo afrontaste?	¿Cómo lo afrontaste?	¿Cómo lo afrontaste?
¿Has jugado? sí/no	¿Has jugado? sí/no	¿Has jugado? sí/no
Grado control sobre el juego 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sin control control total	Grado control sobre el juego 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sin control control total	Grado control sobre el juego 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 sin control control total

miento y ayudar también a reducir el estrés. La naturaleza de una actividad apropiada descansará en las funciones que el juego tenga para cada individuo. Cuantas más actividades sustituyan a las funciones del juego, menos necesidad tendrá el paciente de volver a la conducta de jugar para alcanzar esas consecuencias positivas.

IV.3. *El darse cuenta*

El siguiente paso importante es el darse cuenta. Los pacientes se diferencian en el grado en que se dan cuenta de los pensamientos y de las sensaciones físicas asociados con la conducta de juego. La mayoría será capaz de darse cuenta de ellos por medio del registro estándar de los impulsos a jugar entre sesiones. Normalmente, se puede registrar la presencia o ausencia del impulso, la duración e intensidad del mismo, qué estaba haciendo el sujeto cuando comenzó el impulso, la primera señal de él, si el jugador había jugado y el nivel de control que tenía sobre la conducta de juego. Esta información permitirá que se establezca un amplio patrón sobre la conducta de juego por medio de la colaboración entre el paciente y el terapeuta (véase figura 14.1).

En ocasiones, el registro no es suficiente para provocar los pensamientos y los sentimientos asociados con el juego, especialmente cuando la persona ha eliminado la conducta de juego durante las primeras etapas de tratamiento. En esos casos, puede ser necesario utilizar la imaginación para producir las cogniciones. Alternativamente, algunos pacientes empiezan a darse cuenta de ellas al registrar posteriormente durante el tratamiento sus impulsos, cuando se presentan en lugares de juego como tareas para la exposición.

IV.4. *El entrenamiento en relajación aplicada*

Uno de los déficit de las habilidades de afrontamiento que se supone es importante para el desarrollo de comportamientos problemáticos de juego es la incapacidad para controlar elevados niveles de activación (Sharpe y Tarrier, 1992). Se piensa que éste sería el caso con los jugadores de máquinas tragaperras (Cocco *et al.*, 1994). De esta forma, puede ser importante aprender formas de controlar las sensaciones subjetivas de activación. Esto puede ser especialmente importante, dado que hay muchos estudios que presentan pruebas de que la activación está asociada con la conducta de juego (Anderson y Brown; 1984; Leary y Dickerson, 1985; Blaszczynski, Winter y McConaghy, 1989; Coulombe *et al.*, 1992). Recientemente se ha demostrado empíricamente que las señales de la conducta de jugar están asociadas con el aumento en la activación autónoma en ausencia de la conducta de juego (Sharpe *et al.*, 1995). Probablemente sea necesario aprender a afrontar estos niveles de activación cuando se tenga que aprender a afrontar los impulsos a jugar.

La importancia de las habilidades de relajación reside en ser capaz de emplear dicha relajación en lugares de la vida real. Por consiguiente, es importante ase-

gurarse que no sólo se dan inicialmente instrucciones de relajación prolongada para ayudar a los pacientes a aprender dicha habilidad, sino de reemplazarla por una relajación más breve con el fin de ayudarles a que la empleen en el momento que la necesiten.

IV.5. *La solución de problemas*

Los jugadores problema frecuentemente dan la impresión de que son incapaces de tener en cuenta las consecuencias a largo plazo de las acciones y responden, por el contrario, a la gratificación inmediata. Esta dificultad que hemos observado clínicamente puede conceptualizarse dentro de un marco de solución de problemas. El enseñar a los jugadores habilidades básicas de solución de problemas, como las ejemplificadas por D'Zurilla y Goldfried (1971), puede ser muy importante para ayudarles a considerar otras alternativas distintas a implicarse de forma impulsiva en la conducta de jugar, de la que más tarde se arrepentirán. La solución de problemas puede proporcionar una útil estrategia de afrontamiento para ayudar a los jugadores problema a hablar de sí mismos en las situaciones difíciles pudiéndose incorporar dentro de los elementos de tratamiento con una orientación más cognitiva.

IV.6. *La exposición*

IV.6.1. *La exposición en la imaginación*

Los resultados de McConaghy *et al.* (1983, 1991) proporcionan un fuerte apoyo al empleo de la exposición por medio de la imaginación para el tratamiento del juego problema. Las razones teóricas para utilizar la exposición en la imaginación son también claras. Los estudios que investigan el papel de la activación autónoma en el juego problema han encontrado, sin excepción, que todas las formas de juego están asociadas a dicha activación (Anderson y Brown, 1984; Coulombe *et al.*, 1992; Eves y Moore, 1991a; 1991b; Sharpe *et al.*, 1995). Por consiguiente, se podría esperar que cuando se expone, en la imaginación, a una escena que está asociada a la activación, se irá habituando dicha activación con las presentaciones sucesivas. En consistencia con esta hipótesis, McConaghy (1988) encontró que cuanto menor era el nivel de ansiedad que se daba después del tratamiento, mejor era el pronóstico a largo plazo.

Con el fin de proporcionar una adecuada exposición en la imaginación, se tiene que provocar en el paciente un ejemplo de una escena relacionada con su conducta de juego. Es importante conseguir una escena que incluya no sólo el lugar físico donde tiene lugar la conducta, sino también los cambios internos asociados con la situación. Por lo tanto, se deberían incluir los pensamientos y las sensaciones físicas. La escena en la imaginación debería grabarse durante la sesión y, luego, podría llevarse a cabo en la práctica durante la siguiente semana como tarea para casa. Puede ser conveniente emplear la exposición en la imagi-

nación como un ensayo para la exposición en vivo que tendrá lugar más tarde y para consolidar las habilidades del paciente. El sugerir, por medio de la imaginación, el empleo de distintas habilidades para obtener el control sobre las sensaciones físicas, los pensamientos u otros aspectos de la escena, facilitará generalmente estas respuestas de afrontamiento adaptativas en la situación de la vida real.

IV.6.2. *La exposición en vivo*

Sharpe y Tarrier (1992) han reservado también un papel para las tareas de la exposición en vivo. La razón es que las tareas en vivo proporcionan una serie de oportunidades para el paciente, como 1) la habituación; 2) la práctica de las estrategias de afrontamiento aprendidas, y 3) el aumento de una sensación de control, de dominio y de autoeficacia en las situaciones difíciles. Lo mismo que sucede con otros trastornos, es necesario construir una jerarquía de situaciones sobre el juego con las que pudiera practicar el paciente. Al construir la jerarquía es necesario que el paciente ofrezca una estimación de su capacidad para meterse en la situación *sin jugar*. Se pueden establecer como tareas para casa una vez que el paciente ha aprendido las habilidades necesarias. Normalmente, las tareas pueden recomendarse cuando los pacientes estén un 75% seguros de que son capaces de entrar en la situación propuesta y no jugar. Es apropiado asegurarse que los pacientes no tengan grandes cantidades de dinero disponibles durante las primeras prácticas. Sin embargo, una vez que se han completado con éxito las tareas más sencillas, es un buen momento para comenzar a devolver gradualmente a los pacientes cierto control sobre su propia economía. Esto es especialmente útil porque tiene la doble finalidad de proporcionar una exposición de 24 horas y una experiencia normalizadora, que posiblemente reducirán la probabilidad de recaída.

IV.7. *Las estrategias cognitivas*

Existen cada vez más pruebas de que las cogniciones tienen un importante papel en el juego problema (Gabourey y Ladouceur, 1989; Walker, 1992). Cuando existen creencias irracionales sobre la probabilidad de ganar, es necesario examinar la base de estos pensamientos. Además, es importante intentar cambiar cualquier estilo de pensamiento que aumente la probabilidad de que los pacientes continúen jugando. Sharpe y Tarrier (1992) recomiendan utilizar los principios basados en el texto de Beck *et al.* (1979) que describe el empleo de la terapia cognitiva con los trastornos emocionales. Con estas técnicas como base del estilo de la terapia cognitiva, puede ser útil ofrecer algunos ejemplos de las distorsiones cognitivas típicas que son frecuentes en esta población.

IV.7.1. La falacia del jugador

Este término fue acuñado inicialmente por Leopard (1978), que encontró que más de las tres cuartas partes de su muestra informaban sobre esta creencia en consistencia con la conducta conocida como "cazar las pérdidas" (recuperar las pérdidas). La falacia del jugador se refiere a la creencia de que cuanto más pierda más probabilidad de ganar hay en la siguiente ocasión: Un ejemplo de este tipo de pensamiento es «La máquina no está dando dinero porque el premio gordo está a la vuelta de la esquina. Si sigo jugando lo suficiente mi suerte cambiará. De modo que doblaré mis apuestas para que, cuando gane, gane mucho». Como consecuencia de este pensamiento, el jugador aumenta el tamaño de la apuesta con la esperanza de recuperar sus pérdidas. De hecho, lo que ocurre normalmente es que pierde mucho más.

Una de las razones por las que sucede esto es que la suposición que emplea el jugador en este ejemplo simplemente es falsa. Por ejemplo, en las máquinas tragaperras, los pagos los proporciona una computadora al azar. Por consiguiente, la probabilidad de que la máquina pague después de haber ganado es idéntica a la probabilidad de que lo haga después de haber perdido. De hecho, el resultado de cada apuesta es completamente independiente de la apuesta anterior.

IV.7.2. La falacia del talento especial

Muchos jugadores consideran que tienen un talento especial para ciertos tipos de juego. Los que apuestan a las carreras de caballos hablan sobre "su sistema infalible"; los jugadores de casinos dicen tener un método especial para contar las cartas o los que juegan a las máquinas tragaperras señalan tener "vibraciones especiales" con una determinada máquina. Sin embargo, la verdad es que los jugadores no acudirían a tratamiento si tuvieran sistemas infalibles y ganasen mucho dinero. Por definición, todos los jugadores problema, según el *DSM-IV* (APA, 1994), tienen problemas en su vida como consecuencia directa de su conducta de juego y no sería así si ganasen continuamente.

La educación sobre la naturaleza del juego es el punto de partida natural para comprobar la veracidad de esa suposición. Quizás el mejor ejemplo se encuentra en las máquinas tragaperras. El sistema está determinado únicamente por el azar o la suerte y los resultados se encuentran predeterminados. Todas las máquinas tragaperras devuelven menos dinero que lo que se apuesta y muchos de estos pagos se producen en una serie de créditos que acostumbra a los jugadores a que inevitablemente tengan que jugar a la máquina. De este modo, la posibilidad de ganar si uno juega lo suficiente es virtualmente nula. Por otra parte, la probabilidad de perder es algo seguro.

Aunque en algunos tipos de apuesta las habilidades pueden tener una mayor influencia, lo cierto es que en todas las formas de apuesta, la habilidad juega un papel mucho menor que la suerte. Todas las formas de juego se desarrollan con

el fin de que ofrezcan programas de refuerzo variables e intermitentes. Es decir, se producen pequeñas ganancias poco después de la apuesta inicial. Esta ganancia tiene lugar a diferentes intervalos, de modo que no puede predecirse de forma precisa. Los jugadores aprenden a esperar que tienen que perder con el fin de ganar. Además del refuerzo monetario, la activación asociada con la apuesta asegura que cada una será reforzada por medio del emparejamiento de la apuesta con las sensaciones de activación. Esto lleva a un patrón en el que se da una rápida adquisición de la conducta y una gran resistencia a la extinción (Sharpe y Tarrier, 1993).

Igualmente, el refuerzo positivo tiene lugar muy próximo en el tiempo a la apuesta real, mientras que las consecuencias negativas no parecen claras hasta que no pasa un período prolongado de juego. Las condiciones del mismo se han establecido de esta manera a propósito, con el fin de asegurarse que la gente adquiere rápidamente la conducta de jugar. Esto favorece claramente el juego, puesto que sus leyes aseguran que cuanto más gente apuesta mayores son los beneficios para las empresas de juego. Al reenmarcar la política del juego de esta manera, los jugadores problema sienten a menudo que han sido "engañados" para desarrollar el hábito y consideran que han caído directamente en la trampa que les han tendido. Esto puede ser muy importante para los jugadores cuya autoestima está unida a su potencial para ganar, puesto que empiezan a considerarse ganadores cuando tienen éxito en no caer en la vieja trampa (es decir, en no jugar).

Además de estos ejemplos, pueden utilizarse las herramientas de la terapia cognitiva tradicional para hacer que los pacientes observen el patrón de sus propias ganancias y pérdidas retrospectivamente. Las evidencias suelen ser muy claras: no existe un sistema infalible, pierden mucho más dinero del que ganan. Para aquellos que continúan manteniendo cierto nivel de creencias después de un análisis retrospectivo, los experimentos conductuales pueden ser muy útiles cuando se plantean de una manera apropiada. Por ejemplo, se puede hacer que el jugador de carreras de caballos elija los caballos por medio del sistema que piensa es infalible y, sin apostar realmente, haga un registro de los aciertos que hubiera tenido. Sin embargo, es esencial escoger un experimento conductual apropiado con el fin de que se mantengan las leyes de la probabilidad en una amplia muestra de apuestas. Es importante también que el experimento no implique que el jugador se coloque en una situación que no sea todavía capaz de controlar sin jugar.

IV.7.3. La falacia del control reversible

La gente que ha desarrollado problemas con el juego generalmente hace estimaciones pobres acerca de su nivel de control sobre los resultados. Además, sus estimaciones varían notoriamente dependiendo de si las consecuencias son positivas o negativas. Cuando ganan, los jugadores suelen pensar: «Bien, sabía que el viejo sistema conseguiría finalmente el premio». Por otra parte, cuando pierden dice: «Debes esperar que has de perder en ocasiones. No puedes ganar siempre, sólo es una racha de mala suerte». El problema con este sistema es que asegura

que cuando ganan creen que se debe a algún talento permanente que estará siempre presente cuando hacen las apuestas. Sin embargo, cuando pierden se lo atribuyen a la mala suerte y ésta es modificable. Como consecuencia, siempre merece la pena jugar hasta que haya desaparecido la mala suerte, de modo que las habilidades naturales puedan ayudarles a ganar. Este patrón de pensamiento asegura que la gente continuará jugando hasta que haya perdido todo el dinero que tenga disponible para jugar.

Los hechos muestran un panorama muy diferente al planteado por los jugadores. Aunque los distintos tipos de juegos pueden variar en el nivel de la habilidad implicada, algunos juegos son pura suerte (p. ej., las máquinas tragaperras), pero ninguno depende totalmente de la habilidad. En todas las formas de juego la suerte juega un papel más importante que la habilidad a la hora de determinar el resultado. Además, el ganar y el perder se encuentran igualmente afectados por la suerte y la habilidad.

IV.7.4. El resplandor de ganar

Esta distorsión se refiere a la situación en la que los jugadores prestarán atención a los resultados positivos, pero se "olvidarán" de los negativos. Los jugadores suelen llegar a casa desde las carreras, el club o el casino y fanfarronean sobre la gran apuesta que ganaron. Al mismo tiempo, raramente mencionan la cantidad que perdieron, incluso si esa cantidad fue superior a sus ganancias. Esto a menudo se interpreta como una mentira del jugador a su esposa o a sus amigos, constituyendo uno de los criterios del *DSM-IV* para el juego problema. Sin embargo, muchos jugadores son realmente incapaces de registrar las pérdidas, incluso por su propio interés. Aquellos que reconocen que pierden más de lo que ganan, infraestimarán a menudo la extensión de sus pérdidas. Frecuentemente constituye una sorpresa para ellos la cantidad de dinero que han perdido cuando se les pide que controlen las pérdidas. Los jugadores necesitan que se les diga que se concentren tanto en las ganancias como en las pérdidas, con el fin de evaluar de forma más precisa el nivel de su propio juego. El registro puede proporcionar a menudo un medio fácilmente accesible para comprobar este particular tipo de pensamiento. Esa discrepancia es a menudo abordada al comienzo del tratamiento con la introducción del autorregistro.

IV.7.5. Razonamiento emocional

Beck *et al.* (1979) describieron al razonamiento emocional como una distorsión cognitiva que se encuentra a menudo en pacientes deprimidos. Esta forma de pensamiento está también presente en los jugadores problema, pero al revés. Los pacientes deprimidos se centran en las emociones negativas y suponen que las emociones negativas representan hechos. Por ejemplo «Me siento mal, por consiguiente soy malo». Por otra parte, los jugadores utilizan los estados de ánimo positivos como prueba de la probabilidad de ganar si juegan. Por ejemplo

«Hoy me siento afortunado, por consiguiente es más probable que gane». Esto es simplemente erróneo. El diálogo siguiente se mostró útil para examinar este aspecto en un jugador que tenía dicho problema.

Terapeuta: «El suelo que pisas cuando paseas, ¿parece redondo o plano?».

Jugador: «Plano».

Terapeuta: «¿Y crees entonces que el mundo es plano?».

Jugador: «Claro que no, es redondo».

Terapeuta: «¿Qué te sugiere con respecto a la cuestión de que siempre puedes fiarte de que tus sensaciones son correctas?».

Jugador: «Bueno, obviamente no puedes».

IV.8. La prevención de las recaídas

Al final del tratamiento, la mayoría de los jugadores habrá experimentado una abstinencia prolongada del juego. Sin embargo, la importancia del mantenimiento eficaz no debe infraestimarse. El enfoque de Marlatt y Gordon (1985) sobre la prevención de las recaídas con alcoholicos proporciona un marco muy útil para la prevención de las recaídas con jugadores (véase Marlatt y Gordon, 1985, para una descripción detallada). El aspecto más importante es hacer que los jugadores entiendan que una caída no es igual a una recaída. Esta observación reduce el efecto de violación de la abstinencia y asegura que los pacientes dejen de pensar con la mentalidad de "un trago, una borrachera" (*one drink, one drunk*) que favorece el riesgo de recaída.

Es importante también descubrir situaciones de alto riesgo que puedan estar asociadas a que vuelvan a jugar. La identificación de éstas y el hacer que los jugadores planifiquen de qué manera podrían ser capaces de controlar esas situaciones con sus nuevas habilidades es un ejercicio muy útil. No sólo permite al jugador desarrollar un plan para afrontar las situaciones difíciles, sino que facilita también al terapeuta determinar en qué grado ha sido capaz de aprender el jugador y de consolidar las habilidades.

Además de esto, se aconsejan sesiones de ayuda (*booster sessions*) durante un período de doce meses, por lo menos, para garantizar que se ha desarrollado una red segura, puesto que está suficientemente reconocido que los jugadores no vuelven a contactar con el terapeuta con la suficiente rapidez cuando surgen dificultades. Pueden ser útiles también los contratos para volver a contactar con el terapeuta, en los cuales se acuerda por adelantado qué criterio deberá seguir el jugador para contactar con el terapeuta. La estrategia directriz aquí es asegurar-se que los jugadores aprendan a afrontar pequeños contratiempos por sí mismos, pero sean capaces de reconocer contratiempos más importantes antes de que se conviertan en recaídas completas. Un contrato verbal o escrito aumentará la probabilidad de que los jugadores vuelvan a contactar en un momento apropiado y, por consiguiente, minimicen la probabilidad de una recaída completa.

En el cuadro 14.1 se esboza sesión a sesión el programa estándar que aplicamos para el tratamiento de los sujetos que tienen problemas con el juego.

CUADRO 14.1. Programa de tratamiento sesión a sesión

Sesión 1:	Introducción Reglas básicas Objetivos del programa Guía sesión por sesión ¿Cómo se convierte el juego en un problema? ¿Qué es un impulso? Consecuencias de jugar El círculo vicioso del juego ¿Qué se puede hacer? ¿Por dónde empezamos?
Sesión 2:	Entrenamiento en darse cuenta Pros y contras del juego Establecimiento de objetivos Entrenamiento en relajación ¿Qué es el entrenamiento en relajación? Control de la respiración Ejercicios de relajación
Sesión 3:	Entrenamiento en darse cuenta: 1ª señal del impulso Establecimiento de objetivos Entrenamiento en relajación Solución de problemas
Sesión 4:	Solución de problemas Establecimiento de objetivos Relajación breve Aplicación de las habilidades. práctica en vivo
Sesión 5:	Práctica en vivo Establecimiento de objetivos El papel de los pensamientos Estilos frecuentes de pensamientos
Sesión 6:	Práctica en vivo Cambio de los pensamientos que no son útiles Cuestionamiento de los pensamientos Afrontamiento de situaciones difíciles Establecimiento de las situaciones difíciles
Sesión 7:	Práctica en vivo Cambio de los pensamientos que no son útiles Entrenamiento asertivo Tipos de aserción Cuándo se ha de emplear la conducta asertiva
Sesión 8:	El mantenimiento de las nuevas habilidades ¿Por qué es importante mantener las habilidades? Retrocesos versus recaídas Resumen del programa

IV.9. Tratamientos complementarios

El tratamiento que se acaba de describir intenta proporcionar un programa amplio dirigido específicamente a la conducta de juego. Sin embargo, como se ha mencionado en la sesión de evaluación, muchos jugadores tienen otros problemas al mismo tiempo que necesitan una intervención independiente. Aunque los tratamientos podrían abordar simultáneamente algunos de los síntomas de la depresión o de la ansiedad, es poco probable que otros trastornos disminuyan centrándose únicamente en la conducta de juego. La naturaleza de los tratamientos complementarios dependerá en gran medida de la naturaleza del trastorno y la decisión de tratarlo de forma independiente tiene que descansar en un análisis cognitivo-conductual de las interacciones entre el juego y los otros problemas. Sin embargo, algunos trastornos comórbidos surgen con la suficiente frecuencia cuando se trata a los jugadores problema para merecer una descripción más amplia.

IV.9.1. El papel del cónyuge del jugador

No es raro encontrar problemas importantes en los matrimonios de los jugadores problema (Lesieur y Rosenthal, 1991). Independientemente de si estos problemas preceden al juego o son una consecuencia del mismo, es probable que interfieran con el éxito del tratamiento. Las dos razones más frecuentes de interferencia son que la conducta de jugar se haya empleado como un mecanismo de afrontamiento para los estímulos estresantes dentro del matrimonio o bien que cónyuges bienintencionados teman que el otro miembro de la pareja vuelva a jugar y obstaculicen los esfuerzos de los jugadores para aprender a afrontar las situaciones de juego y retomar la independencia económica.

Cuando los problemas maritales estén contribuyendo al juego, pudiera ser necesario evaluarlos y tratarlos antes de cualquier entrenamiento en habilidades para la propia conducta de juego. Durante esta fase, el objetivo del tratamiento con respecto a la conducta de juego será contener las pérdidas, en vez de cambiar la conducta. Sin embargo, es importante asegurarse que la inclusión del cónyuge en la terapia marital no implica que éste comparta la responsabilidad de la conducta de juego. A menos que haya aspectos maritales importantes, sería útil favorecer el tratamiento individual, de modo que la responsabilidad descansa sobre los hombros de los mismos jugadores.

Puede ser de utilidad también emplear el tratamiento para dar al cónyuge la oportunidad de expresar su ira hacia el paciente y su conducta, para aprender cómo se desarrollan los problemas en el juego y formas eficaces de reforzar la conducta sin juego de su cónyuge. Aunque no existen datos con respecto a la inclusión del cónyuge o cuándo se han de tener sesiones con éste, nuestra práctica ha optado por ver al cónyuge por separado. Esto permite a éste expresar su ira sin "culpar" abiertamente al jugador. En particular, cuando los jugadores se sienten culpables por los efectos de la conducta de jugar sobre el estilo de vida

de su familia, culparles es ineficaz y puede ir contra los esfuerzos terapéuticos, pero también puede ser importante para el cónyuge de los jugadores expresar esta ira o, de lo contrario, podría seguir siendo un problema para la relación.

Los componentes educativos deberían ser los mismos que los que se proporcionan a los jugadores. Es importante resaltar el papel de los programas de refuerzo en la adquisición inicial de la conducta de juego. Debería enfatizarse también el papel de la activación y de los pensamientos en el juego, lo que proporcionará una explicación del tratamiento que se está ofreciendo al paciente. Uno de los aspectos más importantes consiste en ayudar al cónyuge a comprender la necesidad de que el jugador se coloque de nuevo en la situación de juego con el fin de aprender a afrontar dicha situación sin jugar. Esto puede ser difícil, puesto que el cónyuge temerá comprensiblemente que el otro miembro de la pareja vuelva a jugar, especialmente cuando ha observado que la evitación ha funcionado a corto plazo. Sin embargo, es más difícil que los jugadores completen esas tareas si los cónyuges se oponen, ya que a menudo encontrarán algún modo de desalentar activamente la terminación de la tarea. No obstante, los cónyuges suelen responder favorablemente a una sesión que les plantee claramente los objetivos del tratamiento y, a menudo, pueden darse cuenta de la utilidad del apoyo.

IV.9.2. El entrenamiento en habilidades sociales

Los jugadores alegan que la interacción social es una de las causas más frecuentes que les induce a jugar. Muchos jugadores son pocos habilidosos socialmente y, por consiguiente, puede ser problemático para ellos encontrar modos alternativos eficaces de relación. Para otros, pudiera suceder que su grupo de iguales esté implicado, también, en el juego a nivel social y traten a menudo de que el jugador vuelva a la escena de juego sin darse cuenta de que tiene un problema con el mismo. Cuando esto constituya un problema puede ser muy útil emplear el entrenamiento en habilidades sociales para complementar las otras habilidades de afrontamiento y hacer más fácil la disponibilidad de actividades alternativas.

IV.9.3. Otros problemas

Una minoría considerable de jugadores problema parece tener trastornos más generalizados, que mantienen no sólo su conducta de juego sino también otros problemas de su vida. Cuando existan esos patrones, raramente será útil abordar una conducta aislada como la de jugar.

Por ejemplo, Blaszczynski, McConaghy y Frankova (1989) investigaron la incidencia del trastorno antisocial de la personalidad (TAP) en un grupo de jugadores patológicos. Sus resultados indicaron que cerca del 15% de su muestra satisfacía los criterios del *DSM-III* (APA, 1980) para el TAP. Aunque su investigación no incluyó un grupo control, este porcentaje es elevado y merece la pena tenerse en cuenta. Su estudio encontró que el grupo con un TAP era más probable que hu-

biera cometido delitos asociados con el juego y delitos independientes del juego. Había una menor incidencia del TAP en jugadores que sólo habían cometido delitos relacionados con el juego o en aquellos que habían cometido solamente otros delitos. En el caso de los primeros con pruebas de un TAP, el surgimiento de las características del TAP tenía lugar sólo después de la adolescencia. Los autores alegaron que esto indicaba la naturaleza secundaria del TAP en este grupo. Por el contrario, el grupo que había cometido delitos tanto relacionados como no relacionados con el juego, parecían haber tenido rasgos antisociales antes de la adolescencia, indicando que estas características pueden haber sido las primarias.

Esta distinción, aunque necesita de replicación y extensión, puede ser especialmente útil para aquellos que trabajan en lugares de servicio social. Parecería intuitivo sugerir que para aquellos con una estructura de personalidad anterior consistente con un TAP, el tratar la conducta de juego sería insuficiente para producir beneficios a largo plazo y sería necesario abordar el problema principal. Sin embargo, incluso cuando las características de personalidad se desarrollan como consecuencia del juego, podría necesitarse también una intervención específica una vez que la conducta de juego está bajo control. Desgraciadamente, existen pocas directrices para los terapeutas, con nuestro nivel actual de comprensión, para el tratamiento de los factores que complican el juego problema. Las decisiones que se han de tomar a este respecto dependerán del propio clínico.

V. CONCLUSIÓN

El juego problema se ha considerado frecuentemente una cuestión recalcitrante resistente al tratamiento. Esto se comprobó en los primeros estudios de caso que informaron de éxito en menos de la mitad de las muestras tratadas (p. ej., Greenberg y Marks, 1982). Sin embargo, recientemente nuevos avances en el tratamiento de niveles problemáticos de juego producen cierto optimismo. En primer lugar, el trabajo de McConaghy y sus colaboradores (1983, 1991) demostró la importancia potencial de la desensibilización por medio de la imaginación en el tratamiento de los problemas de juego. Los resultados a largo plazo de uno de los estudios más recientes, aunque sin grupo control y necesitando replicarse, son definitivamente alentadores.

La investigación sobre el papel de las cogniciones en el desarrollo y mantenimiento del juego problema ha hecho que nos demos más cuenta de la necesidad de programas más amplios para facilitar la respuesta a estos primeros enfoques. Están empezando a surgir informes de casos que demuestran la eficacia del enfoque cognitivo-conductual. Un estudio piloto que investigó la utilidad de este enfoque ha sugerido que dicho programa posee un gran potencial para aumentar la eficacia de tratamientos más limitados (Sharpe *et al.*, 1994).

El presente capítulo ha intentado presentar las estrategias de tratamiento que se utilizaron y fueron eficaces en el estudio anterior. No obstante, con nuestro nivel actual de conocimiento empírico gran parte de la información contenida en este capítulo proviene de la experiencia clínica de la autora, más que de la in-

investigación. Aunque existen algunas investigaciones preliminares con respecto a la eficacia a corto plazo de ese enfoque, los beneficios a largo plazo esperan confirmación. En estos momentos sigue sin estar claro cuál de las muchas estrategias que forman la base del tratamiento cognitivo-conductual para los jugadores problema son componentes activos.

Se necesitan más estudios que investiguen la utilidad, no sólo de los programas amplios, sino también de las técnicas individuales, con el fin de determinar cuáles son los elementos eficaces del tratamiento. Es importante también para la investigación futura considerar las diferencias potenciales entre subtipos de jugadores, resaltado por la investigación reciente (p. ej., Cocco *et al.*, 1994), que pueden generalizarse a una respuesta diferencial al tratamiento. Sin embargo, hasta que se lleven a cabo estudios que proporcionen más información sobre la naturaleza del juego problema y los tratamientos ayuden a mejorarlo, seguirá siendo especulativo. El objetivo del presente capítulo ha consistido en indicar que mientras que la literatura sobre el tema sigue estando en su infancia, hay cada vez más pruebas que sugieren que los enfoques cognitivo-conductuales para el tratamiento del juego problema pueden ser beneficiosos. Los resultados a corto plazo muestran que pueden lograrse sin lugar a dudas reducciones significativas en la conducta de jugar y que en la mayoría de los casos es posible una eliminación de la conducta de juego. Aunque lejos de ser definitivos, estos resultados proporcionan un sensato optimismo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (3ª edición). Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (3ª edición-revisada). Washington D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders* (4ª edición). Washington D.C.: APA.
- Anderson, G. y Brown, R. I. F. (1984). Real and laboratory gambling, sensation seeking and arousal. *British Journal of Clinical Psychology*, 75, 401-410.
- Atlas, G. D. y Peterson, C. (1990). Explanatory style and gambling: How pessimists respond to losing wagers. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 523-530.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. Nueva York: Guilford.
- Bergler, E. (1958). *The psychology of gambling*. Nueva York: International Universities Press.
- Blaszczynski, A. y McConaghy, N. (1989). Anxiety and/or depression in the pathogenesis of addictive gambling. *The International Journal of the Addictions*, 24, 335-350.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. y Frankova, A. (1989). Crime, antisocial personality and pathological gambling. *Journal of Gambling Behaviour*, 5, 137-152.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. y Frankova, A. (1990). Boredom proneness in pathological gambling. *Psychological Reports*, 67, 35-42.
- Blaszczynski, A., Winter, S. y McConaghy, N. (1989). Plasma endorphin levels in pathological gambling. *The Journal of Gambling Behaviour*, 2, 3-14.
- Brown, R. I. F. (1987). Gambling addictions, arousal, and an affective/decision-making explanation of behavioural reversions or relapses. *The International Journal of the Addictions*, 22, 1053-1067.
- Cocco, N., Sharpe, L. y Blaszczynski, A. (1994; enviado para publicación). Differences in the preferred level of arousal in two sub-groups of problem gamblers.
- Coulombe, A., Ladouceur, R., Deshairnais, R. y Jobin, J. (1992). Erroneous perceptions and arousal among regular and irregular video poker machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8, 235-244.
- Dickerson, M. (1989). Gambling: A dependence without a drug. *International Review of Psychiatry*, 1, 157-172.
- Dickerson, M. (1990). Gambling: The psychology of a non-drug compulsion. *Drug and Alcohol Review*, 9, 187-199.
- Dickerson, M. y Hinchey, J. (1988). The prevalence of excessive and pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 4, 135-151.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behaviour modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Eves, F. y Moore, S. (1991a, junio). Phasic and tonic heart rate and electrodermal activity during gambling on horses. Comunicación presentada en el I European Congress of Psychophysiology, Tilburg, Países Bajos.
- Eves, F. y Moore, S. (1991b, diciembre). Heart rate and electrodermal activity during gambling on horses: The effects of excitement. Comunicación presentada en el 18ª Annual Conference of the Psychophysiology Society, Londres.
- Gabourey, A. y Ladouceur, R. (1989). Erroneous perceptions and gambling. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 4, 411-420.
- Greenberg, D. y Marks, I. (1982). Behavioural psychotherapy of uncommon referrals. *British Journal of Psychiatry*, 141, 148-153.
- Greenberg, D. y Rankin, H. (1982). Compulsive gamblers in treatment. *British Journal of Psychiatry*, 140, 364-366.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Duvall, C. y Gabourey, A. (1989; abstract). Correction des verbalisations irrationnelles chez des joueurs de poker-video. *International Journal of Psychology*, 24, 43-56.
- Leary, K. y Dickerson, M. (1985). Levels of arousal in high-and low- frequency gamblers. *Behaviour, Research and Therapy*, 23, 635-640.
- Leopard, D. (1978). Risk preference in consecutive gambling. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 4, 521-528.
- Lesieur, H. R. y Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee for Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.
- Linden, R. D., Pope, H. G. y Jonas, J. M. (1986). Pathological gambling and major affective disorder: Preliminary findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 47, 201-203.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Nueva York: Guilford.
- McConaghy, N. (1988). Assessment and management of pathological gambling. *British Journal of Hospital Medicine*, 40, 131-135.
- McConaghy, N., Armstrong, M. S., Blaszczynski, A. y Allcock, C. (1983). Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitisation in compulsive gambling. *British Journal of Psychiatry*, 142, 366-372.

- McConaghy, N., Blaszczynski, A. y Frankova, A. (1991). Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling: A two- to none- year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 159, 390-393.
- McCormick, R. A., Russo, A. M., Ramírez, L. F. y Taber, J. I. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Morán, E. (1970). Pathological gambling. *British Journal of Hospital Medicine*, 4, 59-70.
- Russo, A. M., Taber, J. I., McCormick, R. A. y Ramírez, L. F. (1984). An outcome study of an inpatient treatment programme for pathological gamblers. *Hospital and Community Psychiatry*, 35, 823-827.
- Seager, C. P. (1970). Treatment of compulsive gamblers by electrical aversion. *British Journal of Psychiatry*, 117, 545-553.
- Sharpe, L., Livermore, N., McGregor, J. y Tarrier, N. (1994). A controlled evaluation of cognitive behavioural treatment for problem gambling: A preliminary investigation. Manuscrito en preparación.
- Sharpe, L. y Tarrier, N. (1992). A cognitive behavioural treatment approach for problem gambling. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 6, 193-203.
- Sharpe, L. y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive behavioural model for problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-203.
- Sharpe, L., Tarrier, N., Schotte, D. y Spence, S. H. (1995). The role of autonomic arousal in problem gambling. *Addiction*, 90, 1529-1540.
- Tonneatto, T. y Sobell, L. C. (1990). Pathological gambling treated with cognitive behavior therapy: A case report. *Addictive Behaviours*, 15, 497-501.
- Walker, M. (1989). Some problems with the concept of "Gambling Addictions": Should theories of addiction be generalised to include excessive gambling. *Journal of Gambling Studies*, 5, 179-200.
- Walker, M. (1992). Irrational thinking among slot machine players. *Journal of Gambling Studies*, 8, 245-261.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Becona, E. (dir.) (1993). Pathological gambling. *Psicología Conductual*, vol. 1, núm. 3. (Monográfico.)
- Brown, R. I. F. (1987). Gambling addictions, arousal, and an affective/decision-making explanation of behavioural reversions or relapses. *The International Journal of the Addictions*, 22, 1053-1067.
- Lesieur, H. R. y Rosenthal, R. J. (1991). Pathological gambling: A review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee for Disorders of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-39.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*. Nueva York: Guilford.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.
- Sharpe, L. y Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive behavioural model for problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 193-203.

15. OTROS TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS CON ÉNFASIS EN LA TRICOTILOMANÍA

DAN OPDYKE y BARBARA O. ROTHBAUM

I. INTRODUCCIÓN

El *DSM-IV* (APA, 1994) ha conservado una sección dedicada a los trastornos del control de impulsos. Las cinco categorías específicas incluidas en estos trastornos han sufrido sólo ligeras modificaciones con respecto al *DSM-III-R*. En este capítulo se habla del trastorno explosivo intermitente, de la cleptomanía, de la piromanía y de la tricotilomanía. El juego patológico se trata en el capítulo anterior. Trastornos que no satisfacen los criterios establecidos, pero comparten características de los trastornos del control de impulsos, como el comprar compulsivo (Faber, 1992) y la impulsividad sexual (Barth y Kinder, 1987), se han categorizado como trastornos del control de impulsos no especificados (NES).

Los trastornos del control de impulsos se caracterizan por la incapacidad del paciente para resistir un impulso que produce una conducta dañina. Generalmente, el impulso se experimenta como un aumento de la activación o de la tensión, culminando en el acto que se siente como alivio o gratificación, es decir, que es negativamente reforzante. Puede darse culpa o remordimiento después de la conducta. Las conductas impulsivas ocurren en el contexto de numerosos trastornos del Eje I y del Eje II, y los trastornos del control de impulsos deben distinguirse de aquéllas prestando mucha atención al diagnóstico diferencial. Pueden aparecer como comórbidos a los trastornos del control de impulsos una alta tasa de trastornos del estado de ánimo y de trastornos por ansiedad (McElroy *et al.*, 1992).

Este capítulo describirá el tratamiento de los trastornos del control de impulsos desde una perspectiva empírica, cognitivo-conductual. Se propondrá un protocolo detallado para la tricotilomanía como modelo para el tratamiento de estos trastornos tan poco estudiados.

II. TRASTORNO EXPLOSIVO INTERMITENTE

II.1. Descripción

Las explosiones agresivas han suscitado el interés de los clínicos desde hace mucho tiempo. El diagnóstico de trastorno explosivo intermitente se da sólo des-

pués de que se han descartado otros diagnósticos. Enfermedades médicas y la intoxicación por sustancias psicoactivas pueden dar como resultado conductas agresivas. Los trastornos psicóticos, los trastornos de conducta y algunos de los trastornos de la personalidad pueden tener como característica las explosiones agresivas. Un trastorno específico a la cultura denominado *Amok* se caracteriza por explosiones agresivas con amnesia (APA, 1994). Simon (1987) describió el síndrome de la rabia ciega o del "bárbaro" como un subapartado del trastorno explosivo intermitente que requiere más estudios. Síntomas de la "rabia ciega" han atraído la imaginación del público durante siglos.

Se ha defendido la legitimidad de considerar al trastorno explosivo intermitente como trastorno separado, especialmente debido a la serie de estudios que indican anomalías en la función serotoninérgica, en las crisis parciales complejas y en las historias familiares de alcoholismo (McElroy *et al.*, 1992). Los ataques de ira se han planteado como una variante del trastorno por pánico (Fava, Anderson y Rosenbaum, 1990) y relacionado con la depresión (Lion, 1992). Aunque estas cuestiones parezcan discutibles, la defensa legal del "impulso irresistible" resalta la importancia de la nosología de este trastorno.

Los casos puros del trastorno explosivo intermitente son bastante raros (APA, 1987), aunque se carece de información fiable. La aparición suele ser en la segunda o tercera década de la vida y es más frecuente en hombres (APA, 1994). En algún tiempo se llegó a considerar que los pacientes con estallidos de cólera sufrían una disfunción del sistema límbico. Los síntomas del trastorno explosivo intermitente se encuentran en tantos trastornos que puede plantearse un diagnóstico de exclusión (Lion, 1992). La categoría se conserva en el *DSM-IV*, pero se ha eliminado el criterio que indica una falta de impulsividad generalizada o regresión entre episodios. Se aceptan en la nueva clasificación señales neurológicas menores ("soft") y determinados rasgos de personalidad (p. ej., narcisista, paranoide, obsesivo, esquizoide) se incluyen como factores predisponentes (APA, 1994).

Los estudios sobre el trastorno explosivo intermitente son escasos y muy diferentes, centrándose la mayoría de ellos en las intervenciones farmacológicas y en las especulaciones neurológicas como elementos etiológicos. Un amplio estudio realizado por Bach-y-Rita *et al.* (1971) hace varios años examinó a 130 pacientes que acudieron a la sección de emergencias psiquiátricas de un hospital metropolitano. Los exámenes neuropsicológicos convencionales arrojaron resultados negativos, aunque a menudo se encontraban historias de enfermedades productoras de coma como la meningitis, las convulsiones febriles y lesiones en la cabeza. Se halló también una alta incidencia de violencia familiar y alcoholismo y 25 de los pacientes sufrían efectos idiosincrásicos del alcohol con violentos estallidos después de unas copas. La piromanía estaba presente en 21 casos. La edad media era 28 años.

La muestra de pacientes de Bach-y-Rita se componía principalmente de hombres dependientes que se identificaban con un papel sexual hipermasculino y que estaban ansiosos e inseguros de forma crónica. Se observaban pocas habilidades de afrontamiento y estaban presentes defensas inadecuadas del yo. Tenían también su importancia la privación en la infancia y el empobrecimiento cul-

tural. Normalmente había un período prodrómico muy corto de aumento de la ansiedad y de temor a la pérdida de control. Pequeñas estimulaciones podían entonces precipitar ataques de cólera completos.

Veinticinco años más tarde, Bitler, Linnoila y George (1994) describieron una muestra de pacientes con un trastorno explosivo intermitente, sujetos que "pierden el control" y que son físicamente violentos hacia el cónyuge o hacia otras personas cercanas de su entorno. Sus cuatro casos informaban sentirse atrapados, criticados, rechazados e inseguros antes de perder el control. Los estallidos agresivos eran acompañados por cambios somáticos. La agresión verbal precedía normalmente a los estallidos. Esos pacientes informaban de una elevada sensación de activación antes del incidente, produciéndose una impresión de alivio y fatiga inmediatamente después. A menudo seguían también sentimientos de culpa. Bitler y colaboradores (1994) propusieron que la preexposición a la violencia en la infancia podría haber conducido a fenómenos del trastorno por estrés posttraumático desencadenados al sentirse "atrapados". En cada caso, la reacción estaba fuera de tono ante cualquier estímulo estresante ambiental. Los síntomas autónomos, tales como palpitaciones, sentirse sin control, etc., sugerían un trastorno por pánico. Estos casos arrojan luz sobre la topografía de este peculiar trastorno.

La naturaleza de los trastornos del control de impulsos es tal que las conductas impulsivas son intermitentes en distintos grados. Los acontecimientos provocadores y las contingencias asociadas con las conductas pasan a menudo sin ser apreciados por la observación directa. La evaluación puede mostrarse difícil, especialmente en casos en los que la conducta misma es un acontecimiento reforzante. En el caso del trastorno explosivo intermitente puede parecer que no hay estímulos precipitantes, pero a menudo existen estados internos molestos que preceden a los estallidos. Se produce refuerzo negativo cuando tiene lugar el escape de estos estados internos aversivos. La conducta (estallido) misma es el refuerzo.

El sentirse arrinconado, criticado y rechazado pueden constituir los "acontecimientos de cultivo" de la conducta explosiva (Wahler y Graves, 1983). Los sucesos de cultivo son similares a lo que Michael (1982) describió como "operaciones de establecimiento". El privar a una paloma de alimento aumentará las respuestas si el refuerzo es la comida. De igual manera, la probabilidad de un estallido agresivo puede aumentarse con el número de rechazos y críticas percibidos. Estas estimulaciones aversivas son las operaciones de establecimiento o "acontecimientos de cultivo" para la conducta de escape y evitación. En el caso del trastorno explosivo intermitente, la estimulación aversiva es principalmente interna y perjudicial (se siente atrapado). El escape, en ausencia de una historia de aprendizaje para modular los propios estados de ánimo, es un estallido violento. Haya habido exigencias sobre el individuo o sólo leves insinuaciones, lo cierto es que estos estímulos se desvanecerán una vez haya explotado. Una función secundaria del estallido de cólera puede ser mantener a la gente a raya.

II.2. Tratamiento

Los pacientes de Bach-y-Rita se trataron con fármacos y se remitieron a psicoterapia para afrontar el control de la ira y la ansiedad (Bach-y-Rita *et al.*, 1971). Los fármacos se han utilizado durante mucho tiempo para esta clase de conductas. Probablemente tengan un efecto paliativo porque reducen los estímulos internos. Aunque las medicinas pueden funcionar durante un corto espacio de tiempo, la naturaleza intermitente del trastorno explosivo intermitente podría apuntar hacia el empleo continuo de la medicación. Sin embargo, ésta puede ser un remedio costoso e ineficaz porque no se ha producido aprendizaje. La conducta de escape, como por ejemplo la violencia, debe bloquearse en presencia de la estimulación aversiva para que tenga lugar la extinción. El tratamiento no farmacológico se caracteriza por la identificación de los estímulos estresantes psicosociales y señales afectivas. Se exploran detalladamente con el paciente los acontecimientos precipitantes, tanto externos como internos, de modo que se puedan debilitar los estímulos desencadenantes de la ira (Lion, 1992).

El protocolo para el trastorno explosivo intermitente, en caso de que existiese, podría incluir la presentación de estímulos que provocasen la conducta de escape, mientras que al mismo tiempo se bloquean las secuelas violentas. En muchos casos, esto podría implicar el uso de la limitación física en un lugar de internamiento. Esta forma de tratamiento tiene precedentes en su aplicación a los individuos con retraso mental. Los estudios con niños que padecen retraso mental indican que los estallidos agresivos se mantienen a menudo por medio del refuerzo negativo, ya que el niño escapa de las situaciones demandantes actuando agresivamente. La prevención de la conducta de escape extinguirá la conducta agresiva. Como alternativa, el reducir las demandas sobre el niño contingentemente a la conducta no agresiva es igual de eficaz (Carr, Newsom y Binkoff, 1980).

Sin embargo, en los casos en que se aplique la extinción sin prestar atención a los acontecimientos de cultivo, sigue estando presente la tarea de reducir la estimulación interna a través de otros medios. El enfoque del refuerzo diferencial de otras conductas (RDO) ha tenido éxito en el tratamiento de la conducta autolesiva (Steege *et al.*, 1990). El RDO es generalmente más eficaz cuando se combina con la extinción de la conducta objetivo. De este modo, se necesita modelar y reforzar métodos alternativos de modulación emocional para los pacientes con un trastorno explosivo intermitente. Por supuesto, todo esto tiene que hacerse con el acuerdo y la colaboración del sujeto. A pesar de las especulaciones anteriores para el tratamiento del trastorno explosivo intermitente, los autores no han sido capaces de encontrar ese tipo de aplicación en la literatura sobre el tema.

III. CLEPTOMANÍA

III.1. Descripción

La cleptomanía se caracteriza por la incapacidad recurrente de resistir a los impulsos de robar objetos que no se necesitan o que no tienen un valor monetario. Hay una sensación de tensión antes, y de placer o alivio durante el robo, seguido a menudo por un sentimiento de culpa (APA, 1994). La cleptomanía es rara, representando sólo el 5% de todos los ladrones de tiendas. Además del robo ordinario, la cleptomanía debería distinguirse del robo que ocurre durante los episodios maníacos o como consecuencia de la demencia (APA, 1994).

La cleptomanía es a menudo concomitante con los trastornos del estado de ánimo (McElroy *et al.*, 1991a). Muchos pacientes informan sobre fluctuaciones en el estado de ánimo antes y después del robo impulsivo. Algunos indican una "ráfaga" que alivia una sensación crónica de desesperación y disforia. Esta "ráfaga" puede ser el resultado de la conducta arriesgada (Fishbain, 1987). Un estudio de 20 pacientes con cleptomanía encontró que el 80% satisfacía los criterios de un trastorno por ansiedad, el 60% tenía trastornos de la alimentación y la mitad sufría de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Entre los familiares de primer grado de estos sujetos, el 20% padecía trastornos del estado de ánimo y el 21% trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (McElroy *et al.*, 1991b). Un estudio reciente examinó 1 649 casos de robo en las tiendas para encontrar que sólo en 29 (3,2%) se daba un trastorno mental. De estos últimos, sólo cuatro se consideraron cleptomaniacos (Lamontagne *et al.*, 1994).

La cleptomanía puede iniciarse en la adolescencia y no descubrirse durante años. La sabiduría clínica tradicional sugiere que el estado de ánimo deprimido predispone al robo, como un esfuerzo para obtener una compensación simbólica ante una pérdida percibida. La mayoría de los pacientes expresan sentirse culpables después del acto y no muestran otras conductas antisociales (Goldman, 1992). Algunos autores relacionan el desarrollo de la cleptomanía con el abuso en los años de la infancia y otros factores de los primeros años de la vida (Goldman, 1992).

III.2. Tratamiento

Existen pocos informes de tratamientos disponibles para la cleptomanía y éstos son estudios de casos. Schwartz y Hoellen (1991) cuentan del empleo de la terapia de conducta cognitiva a lo largo de 39 sesiones. Animaban a su paciente, una mujer de 42 años, a que cuestionase sus autoverbalizaciones irracionales. Los pensamientos de infracciones insoportables, como, por ejemplo, «No tengo que robar. Es condenable», se reemplazaban por «No quiero hacerlo». El terapeuta trabajó también sobre la asertividad de la paciente con sus relaciones maritales (Schwartz y Hoellen, 1991).

La historia de otro caso (Marzagao, 1972) detalla el empleo de la desensibilización sistemática en el tratamiento de la cleptomanía. En este caso, las situacio-

nes de elevada ansiedad se desensibilizaron en 16 sesiones y consecuentemente remitieron los robos en el seguimiento. Gauthier y Pellerin (1982) tuvieron un éxito moderado con el entrenamiento en sensibilización encubierta. Su paciente, una mujer de mediana edad, se imaginaba incidentes de robo seguidos por arresto, juicio, encarcelación y otras consecuencias aversivas. Tenía que practicar imaginarse estas escenas 10 veces al día y utilizar la técnica cuando surgiese el impulso. La frecuencia de los impulsos era de 14 en la línea base y de 0 al final del tratamiento. Los beneficios se mantenían en el seguimiento, aunque informó haber robado en una ocasión mientras se encontraba de vacaciones (Gauthier y Pellerin, 1982). Glover (1985) y Guidry (1975) informaron sobre casos similares del empleo con éxito de la sensibilización encubierta para la cleptomanía.

Se ha utilizado también para tratar la cleptomanía la desensibilización por medio de la imaginación. El informe de un caso llevado por McConaghy y Blaszczynski (1988) describe el tratamiento con éxito de dos mujeres cleptomaniacas. A las dos se les enseñó la relajación simple y se les pidió que se imaginasen escenas en las que se incluían objetos que iban a robar, pero se detenían en el último minuto. Cinco sesiones diarias de este sencillo tratamiento dieron como resultado la terminación de las conductas, manteniéndose en un seguimiento de tres semanas.

Una advertencia estaría a la orden del día en vista de la escasa investigación que existe sobre este infrecuente trastorno. Los cleptomaniacos raramente acuden a tratamiento salvo que se les sorprenda robando (Murray, 1992). En dos de los casos anteriores, los pacientes se enfrentaban a acusaciones. La elevada comorbilidad que se ha encontrado con los trastornos del estado de ánimo (McElroy *et al.*, 1992) sugiere que puede que no sea suficiente el tratamiento sólo del robo compulsivo. Debería señalarse que se han utilizado con éxito fármacos timoléticos para el diagnóstico de cleptomanía. McElroy *et al.* (1991a) estudiaron las respuestas a la medicación y encontraron que en más del 50% de los pacientes tratados se producía una desaparición completa de la conducta de robo mientras estaban siendo medicados. Se necesita claramente mayor investigación, combinando o comparando quizás métodos conductuales con fármacos para aquellos pacientes con diagnóstico doble, de trastorno del estado de ánimo y de cleptomanía. Actualmente, la sensibilización encubierta tiene la mayor parte del apoyo empírico como procedimiento psicológico. El clínico arriesgado puede querer explorar el tratamiento en vivo para los impulsos a robar, acompañando quizás al paciente en los viajes a las tiendas.

IV. PIROMANÍA

IV.1. Descripción

Con un gran potencial devastador, la piromanía se define como un comportamiento consistente en provocar incendios de forma deliberada y repetida. Lo mismo que sucede con otros trastornos del control de impulsos, hay activación

antes y alivio durante y después del acontecimiento. Puede darse una fascinación con el fuego y estímulos relacionados. Los sujetos con piromanía no prenden fuego por obtener un beneficio o con el fin de destruir la propiedad. La verdadera piromanía no es el resultado del retraso mental o de la demencia. El diagnóstico no se da si la conducta es un síntoma de otro trastorno, como el trastorno de conducta o el trastorno antisocial de la personalidad (APA, 1994).

La aparición de la piromanía se produce normalmente en la infancia. Kolko y Kazdin (1988) encontraron que hasta el 20% de una muestra de pacientes externos había provocado incendios. Los niños provocadores de incendios a menudo tenían como modelos a personas adultas, sufrían de estrés familiar y poseían pocas habilidades sociales. Bach-y-Rita *et al.* (1971) encontraron una elevada tasa de episodios de incendios deliberados en su muestra de adultos con falta de control episódica.

La provocación de incendios es consecuencia de una multitud de causas. Se entiende poco, raramente se identifica en adultos y pocas veces se trata. La mayoría de los informes de casos pertenecen a niños. Kolko y Kazdin (1994) indicaron a 95 niños que describieran sus incidentes de provocación de incendios. A menudo éstos se producían dentro y en los alrededores de la casa, con materiales incendiarios fácilmente accesibles. Los compañeros estaban implicados en muchos de los incidentes lejos de la casa. La mayoría de los niños mostraban poco remordimiento y pocos informaban de ira. Se encontró que era más probable que aquellos que provocaban continuamente incendios, durante dos años de seguimiento, hubieran planificado los mismos. Los niños que prenden fuego son indistinguibles de los demás durante el tratamiento y podrían representar un subgrupo de delincuentes (Hanson *et al.*, 1994). Showers y Pickrell (1987) encontraron, en un estudio con 186 provocadores juveniles de incendios, que más del 60% de ellos tenía un diagnóstico primario de trastorno de conducta. Otro 20% se diagnosticó con un trastorno por déficit de atención. Entre las características familiares de estos jóvenes destacaban la ausencia del progenitor y el abuso del alcohol y las drogas por parte de los padres. El 38% de esos sujetos tenían historias de colocación en hogares de adopción. El abuso físico y el descuido constituían factores contribuyentes. Los autores concluyeron que los sujetos provocadores de incendios eran virtualmente indistinguibles de los individuos con trastornos de conducta, excepto en que los primeros prendían fuegos. Urgía la intervención temprana con niños de los que se había abusado y a los que se había descuidado (Showers y Pickrell, 1987).

Leong (1992) estudió 29 sujetos incendiarios sometidos a juicio y encontró una elevada tasa de psicosis (52%). El diagnóstico de piromanía era muy raro. Geller (1987) sugirió que la provocación de incendios por parte de pacientes psiquiátricos adultos está asociada con una mayor probabilidad a la esquizofrenia, al trastorno obsesivo compulsivo y a los trastornos de personalidad. El abuso del alcohol y el retraso mental pueden ser factores que contribuyan a la provocación de incendios. Según Geller (1987), los sujetos incendiarios a menudo tienen déficit en habilidades sociales y emplean la conducta de prender fuego como un medio de comunicación. Las intervenciones basadas en los modelos de aprendizaje social son apropiadas en dichos casos. Este enfoque es apoyado por

Rice y Harris (1991), cuyos resultados indican que la falta de competencia y aislamiento sociales eran antecedentes importantes. Las intervenciones que tengan como objetivo las habilidades sociales y el apoyo social podrían prevenir que se siguieran provocando incendios en algunos casos (Rice y Harris, 1991).

IV.2. Tratamiento

Los informes de tratamiento de la literatura son predominantemente estudios de caso centrados en niños. Normalmente se aplica alguna forma del entrenamiento de padres y del procedimiento de sobrecorrección. Los padres pasan tiempo con el niño prendiendo fuegos "seguros". Los padres enseñan métodos alternativos de solución de problemas. Se puede enseñar directamente, pero a menudo se imponen los contratos conductuales. La conducta de prender fuego de forma segura. Los bomberos se presentan como modelos positivos. La terapia de familia aborda el contexto más amplio en el que tiene lugar la provocación de incendios (Soltys, 1992).

Un enfoque detallado de Bumpass, Fagelman y Brix (1983) hizo que los terapeutas recapitulasen en la sesión la conducta de provocar incendios haciendo que el niño repasara el suceso y describiese los sentimientos y pensamientos que surgían mientras prendía fuego. Estos pensamientos y sentimientos se representaban en forma gráfica para el niño y la familia, en un esfuerzo por aumentar el darse cuenta de los estados de ánimo y las conductas que llevaban a la provocación de incendios. El explorar las condiciones antecedentes y sugerir alternativas era todo lo que aparentemente se necesitaba, ya que 27 de los 29 pacientes no provocaron incendios en los dos años que siguieron al tratamiento (Bumpass *et al.*, 1983).

Existen datos que demuestran la utilidad de las intervenciones cognitivo-conductuales ante las conductas incendiarias en algunos casos. El entrenamiento en habilidades sociales combinado con la saciación, la sensibilización encubierta, la relajación y el coste de respuesta, bajo la forma de programa de tratamiento, se mostró eficaz (Koles y Jensen, 1985). La saciación y el refuerzo positivo de conductas alternativas tuvieron éxito al detener la conducta incendiaria recurrente (Kolko, 1983).

La literatura sobre la provocación de fuegos es muy limitada. La prevalencia de este trastorno es todavía una cuestión abierta. La mayoría de los trabajos se han limitado a estudios de caso, con la excepción del trabajo de Kolko y Kazdin (1994). Se necesitan más trabajos de este tipo.

V. TRICOTILOMANÍA

V.1. Descripción

La tricotilomanía (del griego "locura de arrancarse el pelo") es un término acuñado por Hallopeau hace un siglo (Hallopeau, 1989) y ha conservado su clasifi-

cación como un trastorno del control de impulsos (APA, 1994). Los criterios diagnósticos para la tricotilomanía requieren la conducta repetida de arrancarse el pelo con una notable pérdida del mismo, una sensación de tensión antes de arrancárselo o al tratar de resistir el impulso, y alivio o placer cuando se ha arrancado el pelo. La conducta no tiene que ser causada por otro trastorno o por una enfermedad de la piel y provoca un malestar importante en el funcionamiento social o laboral (APA, 1994). Existen pocos datos disponibles sobre la prevalencia, ya que la mayoría de los sujetos que la sufren ocultan su conducta. Un reciente estudio de estudiantes universitarios de primer año revela una tasa de prevalencia del 1 al 2% para la tricotilomanía (Rothbaum *et al.*, 1993). En un estudio con 60 sujetos que sufrían de forma crónica de la conducta de arrancarse el pelo, Christenson, MacKenzie y Mitchell (1991) encontraron que el 17% no cumplía el criterio de reducción de la tensión (criterios B y C del DSM-III-R). Estos criterios no han cambiado significativamente en el DSM-IV (APA, 1994).

La tricotilomanía puede ser muy incapacitante porque se presenta en la época del desarrollo. La edad de aparición es a menudo en la infancia, con períodos de máxima incidencia entre los 5-8 años y reaparición a los 13 (APA, 1994). El curso del trastorno es frecuentemente crónico, habiéndose encontrado en un estudio una duración media de 21 años (Christenson *et al.*, 1991). La comorbilidad es muy común. Reeve, Bernstein y Christenson (1992) intentaron describir todos los trastornos del Eje I en un grupo de niños que se arrancaban los pelos. Se incluyeron en el estudio niños que no informaban de aumento de la tensión ni de alivio al arrancarse el pelo. Diez niños pasaron por 3-4 horas de tests psicométricos. Siete de los diez tenían al menos un diagnóstico del Eje I. Seis padecían un trastorno por ansiedad excesiva, dos sufrían distimia, uno tenía trastorno por ansiedad de separación con fobia simple y trastorno por exceso de ansiedad. Nadie cumplía los criterios para el trastorno obsesivo-compulsivo. Sólo un niño cumplía los criterios de satisfacción del impulso. El estrés se consideró un importante factor precipitante (Reeve *et al.*, 1992).

Algunos investigadores clínicos han sugerido que la tricotilomanía puede ser una forma de trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) debido a su respuesta ante los inhibidores de la recaptación de la serotonina (Jenike, 1989). Sin embargo, un gran porcentaje de sujetos con tricotilomanía se arrancan los pelos sin darse cuenta del todo (Christenson *et al.*, 1991; Christenson, Ristvedt y Mackenzie, 1993), en vez de reducir la ansiedad o responder a una obsesión. Además, el TOC es mantenido por el refuerzo negativo, mientras que la tricotilomanía parece ser un impulso apetitivo modulado por la saciación. En un estudio, se comparaba a sujetos con tricotilomanía con otros que sufrían un trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y un tercer grupo de sujetos no clínicos que se arrancaban el pelo (Stanley *et al.*, 1992). Los sujetos que se arrancaban el pelo, tanto clínicos como no clínicos, se diferenciaban del grupo de TOC en escalas que medían depresión, extraversión y síntomas del TOC. El grupo con un TOC aparecía como el más perturbado en estas medidas. Entre los tres grupos parece ser frecuente un alto nivel de ansiedad generalizada (Stanley *et al.*, 1995).

V.2. Tratamiento

Lo mismo que sucede con la mayoría de los otros trastornos del control de impulsos, se ha informado de la eficacia de una serie de intervenciones farmacológicas en el tratamiento a corto plazo de la tricotilomanía (Ratner, 1989). Muchos de estos estudios adolecen de un escaso control y no tienen seguimientos adecuados (Rothbaum y Ninan, 1994). Una comparación reciente de la terapia cognitivo-conductual (TCC) con la clomipramina en un estudio de doble ciego con un grupo placebo indicó que la TCC era significativamente más eficaz que la clomipramina o el placebo (Ninan *et al.*, 1995).

El tratamiento conductual de la tricotilomanía ha sido prometedor. Azrin y Nunn (1973, 1978) desarrollaron la inversión del hábito como un método para controlar los tics y otros hábitos como el morderse las uñas y arrancarse el pelo. Implica el aumento del darse cuenta por parte del paciente sobre cada ocurrencia del hábito y su interrupción por medio de una respuesta que compita con él. En una investigación sin grupo de control, se informó que los hábitos fueron "virtualmente eliminados" después de una sesión de tratamiento. Sin embargo, sólo uno de sus sujetos tenía tricotilomanía (Azrin y Nunn, 1973). La inversión del hábito eliminó la tricotilomanía de forma muy rápida en cuatro sujetos en otro estudio sin grupo control (Rosenbaum y Ayllon, 1981). En el tratamiento de la tricotilomanía se han aplicado satisfactoriamente distintos componentes o modificaciones de la inversión del hábito (Miltenberger y Fuqua, 1985; Rodolfa, 1986; Rothbaum, 1990, 1992; Tarnowski *et al.*, 1987).

Taylor (1963) fue el primero en informar de un tratamiento conductual para la tricotilomanía. Enseñó a su paciente a que observase la conducta y a que le dijese a sus manos que se detuvieran. Esta simple intervención fue satisfactoria, con sólo dos breves recaídas en el seguimiento de tres meses. Muchos de los estudios de caso, desde el de Taylor (1963), han informado de buenos resultados con el autorregistro y las contingencias autoimpuestas (Friman, Finney y Christophersen, 1984).

Algunos estudios recientes con pacientes jóvenes no se detienen en los aspectos de la motivación y el autocontrol tan necesarios a menudo para un tratamiento con éxito. Blum, Barone y Friman (1993) propusieron la guía física de los padres junto con el tiempo fuera y la prevención de la respuesta (ponerse guantes en las manos) para reducir el arrancarse los pelos. Es probable que no sean necesarios programas componentes múltiples o prolongados para niños con tricotilomanía sin complicaciones. Sin embargo, puede que las intervenciones breves no funcionen siempre en el caso de los niños. Vitulano *et al.* (1992) trataron a jóvenes que se arrancaban los pelos por medio de un programa de seis sesiones con autorregistro, relajación, interrupción del hábito (apretar el puño), sobrecorrección (cepillarse el pelo), repaso de los inconvenientes causados por la conducta y refuerzo. Una cuestión conflictiva fue la adherencia al tratamiento y a menudo surgieron conflictos entre padres e hijos. Los autores sugieren eliminar el papel que el arrancarse el pelo tiene en los conflictos padres-hijos y estar atento a las cuestiones relativas al desarrollo y al sistema familiar (Vitulano *et*

al., 1992). Algunos niños que responden a breves intervenciones familiares pueden necesitar un tratamiento cognitivo-conductual completo e intensivo, tal como sugiere Hamdan-Allen (1991). Se le puede enseñar al niño a observar de cerca la conducta mientras reconoce al mismo tiempo las señales y los efectos desadaptativos. Luego, se enseñan respuestas manifiestas y encubiertas incompatibles, tales como autoverbalizaciones positivas, apretar el puño, relajación y respuestas que utilizan la imaginación (Hamdan-Allen, 1991).

Yung (1993) informa de un estudio de caso en China, un niño que se arrancaba los cabellos. Los padres chinos consideran tradicionalmente los problemas de conducta como cuestiones de disciplina. En este caso se llevó a cabo un procedimiento aversivo debido al rechazo por parte de los padres a un enfoque de economía de fichas. Se aplicó una solución amarga de hierbas al dedo pulgar del niño, ya que chuparse el dedo ocurría al mismo tiempo que arrancarse los cabellos. Las dos conductas se eliminaron en seis días. Este enfoque aceptado por la cultura tuvo éxito, en parte, al modificar una conducta que covariaba con la respuesta objetiva. En un estudio de Altman, Grabs y Friman (1982) se trató la tricotilomanía de una niña de tres años de forma similar, centrándose en la respuesta covariante de chuparse el dedo. Se aplicó una sustancia aversiva al dedo pulgar derecho (el que se chupaba) de la niña tres veces al día, dando como resultado una disminución significativa de ambas conductas. La economía de fichas, el tiempo fuera, la atención contingente de los padres, la sobrecorrección por medio de cepillarse el pelo, y estrategias conductuales similares para el tratamiento en casa de los niños que se arrancan los pelos han arrojado resultados dispares debido, principalmente, a la falta de adherencia con los procedimientos por parte de los padres (Friman *et al.*, 1984). El grado de aceptación del tratamiento es un importante factor en cualquier intervención. El procedimiento de la inversión del hábito (Azrin y Nunn, 1973) parece el más aceptable para los niños y sus familias (Tarnowski *et al.*, 1987).

La práctica negativa, basada en los principios de la saciación y en el aumento del darse cuenta, se ha aplicado a hábitos nerviosos, incluyendo la tricotilomanía. En la práctica negativa, se le enseña al paciente a realizar los movimientos de tirarse de los pelos durante treinta segundos cada hora sin realmente arrancarse los pelos. Azrin, Nunn y Frantz (1980) compararon la práctica negativa con la inversión del hábito y encontraron que esta última era dos veces más eficaz. La inversión del hábito parece tener el mayor respaldo con éxito para el tratamiento de la tricotilomanía (Friman *et al.*, 1984; Rosenbaum y Ayllon, 1981).

Seguidamente se presenta un programa de tratamiento para la tricotilomanía desarrollado por Rothbaum. El componente de control del estrés se basa en un paquete de tratamiento construido por Kilpatrick, Veronen y sus colaboradores y adaptado por Foa, Rothbaum y sus colaboradores (Foa *et al.*, 1991).

V.2.1. Tratamiento cognitivo-conductual de la tricotilomanía

Este programa requiere nueve sesiones de tratamiento de 45 minutos, una vez a la semana, en donde se enseña al paciente la inversión del hábito (basado en Az-

rin y Nunn, 1978), el control del estímulo y técnicas de manejo del estrés (véase el cuadro 15.1 para un resumen del programa de tratamiento). Seguidamente se describe de forma abreviada el manual de tratamiento (Rothbaum, 1992).

CUADRO 15.1. *Esquema del programa de tratamiento*

<i>Sesión 1:</i>	Recogida de información, que incluye descripción de la respuesta, detección de la misma (entrenamiento en darse cuenta), identificación de los precursores de la respuesta (primer aviso), identificación de las situaciones que predisponen al hábito y autorregistro.
<i>Sesión 2:</i>	Entrenamiento en la inversión del hábito, que incluye la explicación del tratamiento, la revisión de los inconvenientes del hábito, la práctica de una respuesta incompatible, entrenamiento en prevención y ensayo simbólico. Control del estímulo, el autorregistro continúa a lo largo del tratamiento, se sigue con la recogida de información para la evaluación general.
<i>Sesión 3:</i>	Relajación muscular profunda.
<i>Sesión 4:</i>	Relajación diferencial más reentrenamiento de la respiración
<i>Sesión 5:</i>	Detección del pensamiento.
<i>Sesión 6:</i>	Reestructuración cognitiva de Beck/Ellis.
<i>Sesión 7:</i>	Diálogo con uno mismo dirigido (p. ej., preparándose para un estímulo estresante).
<i>Sesión 8:</i>	Modelado encubierto y representación de papeles
<i>Sesión 9:</i>	Continuación de la sesión 8. Prevención de las recaídas. Terminación.

Sesión 1: Recogida de información

Toda intervención clínica comienza por una evaluación completa. Además del objetivo principal de la misma, es decir, conocer la amplitud de la conducta de arrancarse los pelos, la evaluación cuidadosa puede proporcionar más información de valor. Se debería explorar no sólo el número de pelos arrancados, sino también el patrón de la conducta de arrancarse los pelos, la hora del día en que es más probable dicha conducta, las situaciones que están más asociadas a la misma, los pensamientos que la rodean y si arrancarse los pelos ocurre en respuesta a un fuerte impulso u ocurre sin darse cuenta.

Autorregistro. El autorregistro entraña hacer que el paciente registre cada episodio de arrancarse los pelos, el número de cabellos arrancados, además de otras informaciones relevantes, incluyendo la fecha y la hora, la situación, los pensamientos y el impulso. Guardar todos los pelos arrancados es una buena forma de autorregistro. Implica hacer que el paciente conserve todos los pelos que se ha quitado, poniéndolos en un sobre o en un recipiente y llevándoselos al terapeuta para que los vea. Esto sirve también como una medida de la adherencia al tratamiento, puesto que muchos pacientes consideran que coleccionar pelos es algo aversivo.

La entrevista. Una entrevista clínica sensible contendrá todos los aspectos relacionados con arrancarse los pelos, así como asuntos motivacionales y de adaptación general. La evaluación psicosocial global incluirá una historia de arrancarse los pelos, los resultados de tratamientos previos, otros problemas, la historia familiar y el desarrollo psicosocial. De modo más específico, debería recogerse información sobre lo que hace exactamente el paciente. "Me arranqué los pelos" es insuficiente. Es necesario saber cuándo (p. ej., únicamente cuando estoy solo/a, normalmente por la tarde), dónde (p. ej., en la clase, en casa, en la cama), cómo (p. ej., con los dedos índice y pulgar, sólo con la mano derecha), qué hace (p. ej., examina los pelos después de habérselos arrancado, se los mete en la boca, muerde la raíz), etcétera.

Detectar la respuesta. ¿Se da siempre cuenta el paciente de que se está arrancando los pelos? Si no es así, el terapeuta puede entrenarle durante la sesión indicándole cuándo su mano se dirige hacia la cabeza. El paciente necesitará darse cuenta de cada ocasión en que se arranca los pelos con el fin de poder evitarlo.

Se debe ayudar al paciente a identificar cada paso implicado en el acto de arrancarse un único pelo, empezando con el primer indicador (p. ej., una contracción en los dedos de la mano derecha, picor en la cabeza, un pensamiento). A veces es más fácil trabajar hacia atrás. Se debe listar también cada situación en la que tiene lugar el arrancarse los pelos. El terapeuta enseñará al paciente a estar preparado cuando se encuentre en estas situaciones.

Tricofagia. Algunos pacientes con tricotilomanía se meten en la boca o muerden los pelos. Esto puede incluso producir tricobezoares (bolas de pelo), además de interferir realmente con la evaluación del número de pelos arrancados. Se debería preguntar a los pacientes sobre esta conducta.

Evaluación por medio de la observación. El terapeuta a menudo inspeccionará visualmente las calvas y hará una evaluación. Ésta es la base de la *Escala de mejoría global* realizada por el clínico (*Clinician's global improvement scale*, CGI; Guy, 1976) y de la *Escala de deterioro por tricotilomanía* (*Trichotillomania impairment scale*; Swedo et al., 1989), entre otras escalas de evaluación. Son útiles también las fotografías de las zonas sin pelo y pueden compararse del pretratamiento al postratamiento, como un indicador objetivo del éxito del mismo (Rosenbaum y Ayllon, 1981). Sin embargo, la privacidad puede prohibir la ob-

servación de las zonas calvas. Obviamente, si una paciente se arranca el vello del pubis, el terapeuta se fiará del autoinforme de la paciente. Si un sujeto utiliza complicados estilos de peinado para camuflar las partes que tienen pelos arrancados, puede ser razonable pedirle que se deshaga el peinado en la clínica.

El informe de otras personas significativas. Los informes de otras personas allegadas del paciente pueden ser importantes cuando éste es, por alguna razón, poco fiable. Algunos pacientes son informadores poco seguros. Aquí se incluyen los niños, las personas con deficiencia o retraso mental y los pacientes que no están motivados para el tratamiento. Cuando el pelo de los pacientes vuelve a crecer, es a menudo agradable que los otros se den cuenta de su mejoría y puede hacerse que se ofrezcan alabanzas por parte de otras personas significativas para el paciente.

Medidas estandarizadas. Actualmente no hay una única medida estandarizada para la tricotilomanía. Los clínicos utilizan los métodos que se acaban de describir, principalmente la entrevista y el autorregistro del paciente. No hay criterios objetivos estándar para la evaluación de las zonas calvas. Probablemente la medida más utilizada o adaptada para la tricotilomanía es la *Escala para las obsesiones y compulsiones de Yale-Brown* (*Yale-Brown obsessive compulsive scale, Y-BOCS*; Goodman *et al.*, 1992), una escala de 10 ítems que evalúa la gravedad de las obsesiones y de las compulsiones en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Derivadas de la Y-BOCS, se han utilizado las escalas del *NIMH sobre el deterioro y la gravedad de la tricotilomanía* (*NIMH-Trichotillomania severity and impairment scales, NIMH-TSS, NIMH-TIS*; Swedo *et al.*, 1989) en estudios de tricotilomanía. Arroja una puntuación de gravedad (*NIMH-TSS*) y otra de deterioro (*NIMH-TIS*).

Problemas de la evaluación. Los pacientes a menudo ocultan los efectos del arrancarse los pelos por medio de estilos de peinado y del maquillaje. La reactividad puede ser un problema, haciendo que el autorregistro sea una medida de línea base poco segura. Sin embargo, esto se puede utilizar terapéuticamente. Lo mismo que sucede con cualquier trastorno, puede haber factores que mantengan las conductas de las que uno no se da cuenta fácilmente. Muchos de los sujetos que sufren de tricotilomanía se encuentran muy estresados y avergonzados por su conducta y su apariencia. Por lo tanto, en algunos de ellos, especialmente en niños y adolescentes, pudieran estar implicados beneficios secundarios. Por ejemplo, arrancarse los pelos puede emplearse como un castigo contra los padres, para obtener atención dentro de la familia o como una excusa para evitar la participación en actividades no deseadas (p. ej., práctica de la natación). A veces es necesario evaluar la respuesta de la familia ante la conducta de arrancarse el pelo, puesto que pueden darse patrones de interacción que mantienen el trastorno. Incluso en el caso de adultos con problemas, pudieran estar funcionando otros factores, como la evitación de determinadas relaciones, de la intimidad o de ciertas actividades (p. ej., acontecimientos sociales).

La conducta objetivo. A veces es difícil también especificar la conducta objetivo. Aunque arrancarse los pelos es la cuestión de fondo, la evaluación podría centrarse en el número de pelos arrancados, la duración de los episodios de arrancarse los pelos, la alopecia resultante, el impulso a tirarse de los pelos y los pensamientos o las conductas precipitantes. Además, las zonas principales de las que se han arrancado los pelos afectarán al nivel de gravedad que aparenta esta conducta. Por ejemplo, puede haber un efecto extremo si el paciente se arranca principalmente las cejas o las pestañas. Así, algunos pacientes se habrán arrancado totalmente las cejas y/o las pestañas, aparentando de esta manera menos gravedad que alguien que se arranque el pelo de la cabeza, donde existe un mayor número de pelos que pueden arrancarse.

Sesión 2: Entrenamiento en la inversión del hábito

Evaluación del autorregistro. El terapeuta debería examinar siempre el autorregistro del paciente y responder en consecuencia. El componente del autorregistro es un medio para recoger datos y aumentar el darse cuenta de la conducta. Si el paciente ha dejado de arrancarse los pelos, hay que prodigarle alabanzas y preguntarle cómo lo logró. Si el paciente sigue con su conducta problema, se debe indagar en busca de patrones. Por ejemplo, ¿se tira más de los pelos durante la semana o en los fines de semana? ¿Sucede a cualquier hora del día? ¿En situaciones determinadas? El terapeuta debería poder identificar las situaciones de alto riesgo para el paciente a partir de su autorregistro.

Explicación del tratamiento. El terapeuta explica la inversión del hábito según el razonamiento de Azrin y Nunn (1973):

Los hábitos nerviosos que aparecen inicialmente como una reacción normal [...] se convierten en hábitos fuertemente establecidos que posteriormente escapan a la conciencia personal debido a su naturaleza automática. [Para ser tratada] la persona debería darse cuenta de cada vez que tiene lugar el hábito. Debería interrumpirse cada ocurrencia del hábito, de modo que ya no siga formando parte de una cadena de movimientos normales. Tendría que establecerse una respuesta que compita físicamente para interferir con el hábito [p. 626].

Por consiguiente, se enseñará al paciente la inversión del hábito con el fin de ayudar a controlar el impulso de arrancarse los pelos. Para llevarlo a cabo, examinaremos las técnicas del control del estímulo. Puesto que la mayoría de las conductas de arrancarse los pelos ocurren, aumentan o reaparecen junto con el estrés, el paciente tiene que aprender formas eficaces de controlar dicho estrés. Por lo tanto, además de la inversión del hábito y del control del estímulo, se le deben enseñar técnicas de control del estrés. Finalmente, y con el objetivo de mantener los beneficios del tratamiento, se incluirán procedimientos de prevención de las recaídas antes de dar de alta al paciente.

Repaso de los inconvenientes del hábito. El objetivo de plantear esta cuestión es aumentar la motivación. El paciente genera una lista de los inconvenientes, de

la vergüenza y del sufrimiento que proviene de arrancarse los pelos. Los más frecuentes incluyen el ridículo social, la restricción de actividades (p. ej., nadar, ir a la peluquería), la evitación de las situaciones de intimidad, la disminución de la autoestima, etc. El terapeuta registra y revisa los ítems con el paciente. Se le anima a buscar fuentes de refuerzo positivo asociadas con el control de su conducta.

La práctica de una respuesta que compita con la conducta problema. Se busca una respuesta que sea incompatible con arrancarse los pelos. Debe poder mantenerse durante el menos dos minutos, que no llame la atención y sea fácil de llevar a cabo. Debería producir un aumento del darse cuenta del hábito y utilizar los mismos músculos que en el caso de arrancarse los pelos. Apretar los puños y mantenerlos así durante dos minutos es una respuesta opuesta frecuente. El terapeuta practica esta respuesta con el paciente en la sesión durante dos minutos seguidos.

El entrenamiento en prevención. Se enseña al paciente a que emplee la respuesta opuesta cuando aparece la primera señal del hábito. Se le indica que la utilice si está nervioso, tiene impulsos de tirarse de los pelos o se encuentra en una situación de alto riesgo.

El ensayo simbólico. Se enseña al paciente a que cierre los ojos y se imagine que está empleando la inversión del hábito con éxito en situaciones que predisponen frecuentemente al hábito. Se le podría pedir al paciente que hablase en voz alta sobre situaciones comunes de alto riesgo. Durante esa discusión, el terapeuta puede pedirle que vigile los impulsos, identificándolos la primera vez que aparezcan. Posiblemente sea necesaria una pequeña ayuda. El paciente debería estar ensayando simbólicamente la respuesta opuesta mientras mantiene una conversación con el terapeuta. Se le enseña a aquél a que practique la respuesta que compite con la conducta problema durante el tiempo de terapia así como fuera de la clínica.

Control del estímulo. El control del estímulo se utiliza para disminuir las oportunidades de tirarse de los pelos. Las técnicas habituales se detallan en el cuadro 15.2.

El apoyo social. El apoyo social se aborda como una ayuda importante para la terapia. Una vez que el paciente ha mostrado cierto control sobre el impulso, se podrían incluir a la familia y a los amigos como agentes del cambio. Las otras personas significativas del entorno del paciente pueden prevenir las recaídas comentando simplemente la ausencia de episodios. Los miembros de la familia animarían al paciente para que practicara los ejercicios, que hiciera las tareas para casa, etc. Sin embargo, es necesario conocer el sistema familiar para que estos intentos no fracasen.

CUADRO 15.2. Sugerencias para el control del estímulo

- No tocarse el pelo, excepto cuando se esté peinando.
- Mantenerse alejado/a del espejo; no mirarse el pelo.
- Llevar vendas en los dedos utilizados para arrancarse el pelo.
- Llevar cubiertas de goma en los dedos utilizados para tirarse del pelo.
- Comer pipas no peladas en las situaciones de alto riesgo.
- Cubrirese el pelo en situaciones de alto riesgo.
- Echarse algo en el pelo (p. ej., laca, gomina)
- Hacer algo con los dedos (pintar, cortar, cultivar)
- Estar con gente.
- Levantarse y ponerse en movimiento, salir a dar un paseo, tener algo para beber
- Cambiar de situación.
- Hacer ejercicio de forma regular.
- Ir a la biblioteca y estudiar (especialmente en el caso de los estudiantes)
- Lavarse el pelo con más frecuencia.
- Llevar guantes.
- Tener las manos ocupadas: se pueden usar agujas de bordar, videojuegos, etc

Sesiones 3 y 4: Relajación

Todas las sesiones comienzan con una revisión del autorregistro, de la inversión del hábito, del control del estímulo, de la actividad de la sesión anterior y del repaso de las tareas para casa del paciente. Se enseña a los pacientes a que practiquen las habilidades al menos dos veces al día entre sesiones.

El terapeuta enseña la relajación muscular profunda al comienzo de la sesión 3. Durante la cuarta sesión, se repite el entrenamiento en relajación empleando los procedimientos de "centrarse" y "soltarse", añadiendo el reentrenamiento de la respiración al final. Las instrucciones para el *reentrenamiento de la respiración* son las siguientes:

Por favor, intente respirar *normalmente* en vez de profundamente. Tome aire de forma normal a través de la nariz. Salvo que estemos haciendo ejercicios vigorosamente, deberíamos siempre respirar por la nariz. Después de tomar aire de modo normal, te pediré que te concentres en echar el aire y que lo expulses. Mientras lo haces lentamente, diremos también la palabra CALMA en silencio, sólo para uno mismo, mientras echas el aire y yo lo diré en voz alta mientras lo practicas aquí [se puede utilizar también la palabra RELAJATE si el paciente lo prefiere]. CALMA es una palabra que se puede utilizar correctamente porque en nuestra cultura se asocia con cosas agradables. Si estamos molestos y alguien nos dice "cálmate", generalmente se asocia con el agrado y el apoyo. Suena bien y puede pronunciarse al mismo tiempo que la exhalación larga y lenta: c-a-a-a-a-a-l-m-a

Además de concentrarte en la lenta exhalación mientras te dices CALMA, quiero que hagas más lenta tu respiración. Muy a menudo, cuando la gente se asusta o está perturbada, siente como si necesitara más aire y entonces puede hiperventilar. Sin embargo, la hiperventilación no tiene el efecto de tranquilizar. De hecho, produce sensaciones de ansiedad. Salvo que nos estemos preparando para luchar, nos quedemos inmóviles o huyamos frente al peligro real, a menudo no necesitamos tanto aire como el que estamos aspirando. Cuando hiperventilamos y tomamos más aire,

indicamos a nuestro cuerpo que nos estamos preparando para una de las actividades anteriores y le mantenemos energizado con oxígeno. Esto es parecido a la actividad de un corredor, que respira profundamente para abastecer su cuerpo con oxígeno antes de una carrera y continúa respirando profunda y rápidamente a lo largo de la carrera. Normalmente, cuando hiperventilamos, estamos engañando a nuestro cuerpo. Y lo que necesitamos hacer realmente es entretener nuestra respiración y tomar menos aire. Realizamos esto haciendo pausas entre las respiraciones con el fin de espantarlas más. Después de entretener la expulsión de aire, manten la respiración mientras cuentas cuatro [puede ajustarse a lo que sea necesario] antes de tomar aire de nuevo.

El terapeuta debería enseñar al paciente a respirar de forma normal y echar el aire muy lentamente, mientras se dice a sí mismo las palabras CALMA O RELAJATE. Se le entrena para que haga una pausa y cuente hasta cuatro antes de respirar de nuevo. Se repite la secuencia entera de 10 a 15 veces, para 10-15 respiraciones. Se intenta observar el pecho o el abdomen del paciente con el fin de seguir su propio ritmo natural de respiración. Hacia el final del ejercicio, el terapeuta debería ir desvaneciendo las instrucciones mientras el paciente continúa practicando.

Se enseña relajación diferencial después de la relajación muscular profunda. Esto implica entrenar al paciente para que reconozca qué músculos son necesarios para actividades específicas y emplear la mínima cantidad de tensión de estos músculos para llevar a cabo la actividad. Tiene que dejar que se relajen los músculos que no se requieren para realizarla. Ejemplos a utilizar en la sesión incluyen sentarse, estar de pie y andar. Se debe enfatizar la práctica en las actividades diarias de los pacientes (p. ej., conducir, escribir).

Sesión 5: La detención del pensamiento

La detención del pensamiento, descrita originalmente por Wolpe (1958), se emplea para contrarrestar el pensamiento obsesivo o de preocupación. El autorregistro puede descubrir pensamientos que establecen la ocasión para arrancarse los pelos. Esos pensamientos pueden ocurrir muy pronto en la cadena de respuestas. Los pacientes informan a menudo de que determinados pensamientos se producen justo antes de tirarse de los pelos. Se puede entrenar entonces al sujeto con tricotilomanía para inhibir esos pensamientos. Si un paciente informa sobre dichos pensamientos en su repaso semanal, pueden emplearse para enseñar el método de la detención del pensamiento. Se pide simplemente al sujeto que cierre los ojos y que tenga los pensamientos problemáticos normales que ocurren generalmente antes de un episodio. Después de 30-40 segundos, el terapeuta da un golpe en la mesa con un libro o con la palma de la mano, gritando en voz alta "ALTO". Los pensamientos se detienen siempre en ese momento y el paciente debería darse cuenta de ese hecho. Se repite el proceso entero varias veces antes de hacer que el paciente lo intente por sí mismo. La orden de "ALTO" debería internalizarse en este punto y permanecer a un nivel subvocal y encubierto. Muchos pacientes utilizan la imaginación visualizando una gran señal roja de alto mientras grita "ALTO" en silencio. La clave es reemplazar el pensa-

miento desagradable por otro distractor, mientras se rompe la cadena de conductas que llevan a arrancarse el pelo. La simple distracción puede tener la misma función siempre que no produzca ansiedad. Cualquier pensamiento servirá mientras no produzca malestar en el paciente, pero le implique activamente en la actividad de pensar. Se ayuda al paciente a decidir cuál será el pensamiento distractor antes de que abandone la clínica.

Sesión 6: Reestructuración cognitiva

El terapeuta introduce la reestructuración cognitiva (Beck *et al.*, 1979; Ellis y Harper, 1961), centrándose en la forma en que nuestros pensamientos afectan a nuestras reacciones. Se presentan ejemplos y el terapeuta ayuda al paciente a evaluar la racionalidad de las creencias, cuestionándolas y sustituyéndolas por autoverbalizaciones (racionales) positivas.

Debido a que los pensamientos negativos tienen una gran importancia en los trastornos por ansiedad y en el control de impulsos, la reestructuración cognitiva es útil como antídoto. Gran parte de la terapia consiste en hablar y durante ella el paciente verbalizará expresiones absurdas ante las que el terapeuta tiene que ofrecer un cuestionamiento saludable. Como se ha presentado al paciente la idea de que los pensamientos afectan a la conducta, no es cuestión de fe pretender que cambiando lo que pensamos podemos cambiar lo que hacemos.

Se enseña a los pacientes a reconocer lo automático de sus pensamientos y cómo éstos pueden llevar a sentimientos y conductas específicos. Dichos pensamientos son muy a menudo irracionales y desadaptativos. El terapeuta cuestiona inmediatamente los pensamientos en la sesión con preguntas tales como: «¿Cuáles son las evidencias que los sostienen? ¿Existe otra forma de contemplarlos? ¿Cómo podemos comprobarlos? ¿Qué es lo peor que podría ocurrir? ¿Qué podrías hacer entonces?». Los ataques continuos a los pensamientos disfuncionales descubren a menudo creencias básicas sobre uno mismo. Esas creencias centrales o "esquemas" consisten normalmente en distorsiones y sobregeneralizaciones inconscientes que pueden ser muy autoderrotistas. A menudo se encuentran incluidas creencias como «los sentimientos son peligrosos, tengo que tener control siempre, soy una persona sin valía». El terapeuta cuestiona estos pensamientos mientras señala las características positivas del paciente. El componente más importante es enseñar al paciente a cambiar sus propios patrones de pensamiento.

El "reposicionamiento" es una técnica que sirve para alentar a los pacientes a adoptar una visión diferente de las cosas. En vez de pensar «No hice el trabajo. Soy un fracaso», se plantea «No tenía las cualificaciones necesarias para ese trabajo, de modo que es normal que no saliera. ¡Puedo contemplarlo como una práctica de entrevista para el trabajo que realmente quiero!». Otro ejemplo utilizado a menudo con pacientes ansiosos es considerar la ansiedad como una fuente de energía creativa, amigable. «Emplea los pensamientos ansiosos para inspirar tu presentación ante el público. Siente fluir la energía dentro de ti. Haz gestos de entusiasmo, golpea la mesa, esa ansiedad es la energía que necesitas. No luches contra ella, ¡celebralo!». En resumen, los pensamientos negativos casi siempre tienen una contrapartida igualmente válida.

Sesión 7: Diálogo con uno mismo dirigido

Durante el diálogo con uno mismo dirigido, el terapeuta enseña al paciente a centrarse en el habla consigo mismo. Los diálogos irracionales, erróneos o negativos se reemplazan por cogniciones racionales, positivas, de mejora de la tarea. Se enseña al paciente a que plantee y conteste una serie de preguntas o que responda a una serie de afirmaciones. El marco para el diálogo con uno mismo dirigido se ha tomado de Meichenbaum (1974). Las cuatro categorías de diálogo incluyen verbalizaciones para 1) la preparación, 2) el enfrentamiento y control, 3) el afrontamiento de las sensaciones de verse abrumado y 4) el refuerzo.

En primer lugar, cuando se prepara para un estímulo estresante, el paciente tiene que centrarse en los requisitos conductuales, es decir, «¿Qué es lo que tengo que hacer?». Se aborda el pensamiento negativo, «¿Cuál es la probabilidad de que ocurra algo malo? ¿Cómo será de malo?». Se dirigen los pensamientos hacia autoverbalizaciones positivas, como «Puedo enfrentarme a esto. Ya lo he hecho otras veces. Tengo el apoyo de un/a esposo/a que me quiere. ¡Triunfaré!».

En segundo lugar, se debe explicar al paciente que cuando uno se enfrenta a un estímulo estresante es importante mantener a raya la reacción al estrés. «El estrés podría indicar que utilizaras la técnica de reenmarcar que practicamos. Concéntrate en todo lo que ensayaste. Puedes hacerlo. Pero no hagas más que lo necesario. Un paso cada vez. Respira».

El terapeuta enseña al paciente, cuando éste se siente abrumado, a respirar y expulsar el aire lentamente conforme se concentra en el presente. Puede surgir el miedo, pero es posible controlarlo. Piensa para ti, «esto se terminará enseguida». Puedes sentir que necesitas arrancarte los pelos, pero no tienes por qué hacerlo. Relájate y deja que las cosas se tranquilicen un poco. Tómate tu tiempo antes de responder.

Finalmente, el terapeuta explica, «Conforme contemplas retrospectivamente tu experiencia estresante, realiza verbalizaciones autorreforzantes tales como: "Fue más fácil de lo que pensaba. Estoy haciendo progresos. Me las arreglé bastante bien. Estoy funcionando bastante bien en esto"». Ensaya el diálogo con tu paciente hasta que lo internalice. Prácticalo en la sesión y emplea sus estímulos estresantes diarios como oportunidades para enseñarle a dominar el diálogo interno.

Sesiones 8 y 9: Modelado encubierto, representación de papeles y prevención de las recaídas

Representación de papeles. Durante la representación de papeles, el paciente y el terapeuta representan escenas en las que el paciente se enfrenta a situaciones difíciles. Normalmente, el terapeuta representa primero el papel del paciente y obtiene retroalimentación; luego, se invierten los papeles. A las representaciones de papeles les sigue la retroalimentación y se repiten hasta que el paciente actúa satisfactoriamente. El diálogo con uno mismo dirigido puede dar ideas para estas representaciones de papeles.

Modelado encubierto. El modelado encubierto es análogo a la representación de papeles en la imaginación. Se enseña al paciente a que practique esta técnica imaginándose a otra persona (p. ej., un amigo competente) que realiza satisfactoriamente la actividad, cambiándose luego por él mismo en la escena. A menudo resulta difícil para el paciente imaginarse a sí mismo realizando con éxito una actividad temida, pero sí puede visualizar a alguien que lo hace bien. De esta forma, una vez que se imagina a otra persona realizando la tarea, es más fácil sustituirla por uno mismo.

Prevención de las recaídas. La discusión se centra en cómo controlar los retrocesos, que son muy probables. Se le enseña el planteamiento de que no es una catástrofe, sino una oportunidad de seguir practicando las habilidades que se acababan de aprender. Revisar las habilidades que funcionaron en el pasado ayudará. A menudo un rápido recorrido por las técnicas de control del estímulo es todo lo que se necesita. Apoyo y ánimo son útiles siempre. Hay que recordar al paciente que su objetivo es pasar, en cada ocasión, un día sin haberse arrancado los pelos.

Puede ser necesario explorar las creencias sobre las recaídas, especialmente si son de autocondena. El pensamiento dicotómico podría indicar una experiencia de fracaso, mientras que una recaída podría ser una oportunidad de fortalecer el aprendizaje que ha tenido lugar. Se pueden predecir y preparar los deslices. Podrían incluso "planificarse" como una estrategia paradójica para mantener a un nivel elevado el darse cuenta. Cuando tiene lugar una recaída debería revisarse en la sesión, de una forma explícitamente detallada, desde el principio hasta el final. Las situaciones de recaída proporcionan una oportunidad excelente para repasar el programa de tratamiento entero.

VI. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

Muchos pacientes han terminado el programa anterior con éxito. En un estudio sin grupo control, dicho programa disminuyó la conducta de arrancarse los pelos más que la clomipramina o píldoras placebo (Ninan *et al.*, 1995). Éste parece ser un prometedor programa de tratamiento para la tricotilomanía. Puesto que existen tan pocos programas de tratamiento cognitivo-conductual para los trastornos del control de impulsos, podría merecer la pena adaptar este programa de tratamiento para la cleptomanía, la piromanía y otros trastornos de este tipo. El presente programa de tratamiento se desarrolló para el tratamiento de la tricotilomanía, pero puede adaptarse fácilmente para su aplicación a otros trastornos del control de impulsos. Los ingredientes esenciales incluyen: 1) evaluación, incluyendo el autorregistro y la determinación de los factores de alto riesgo para la conducta; 2) enseñar al paciente formas de controlar la conducta, incluso cuando tienen el impulso; 3) técnicas de control del estímulo, diseñadas para disminuir la probabilidad de la conducta; 4) técnicas de control del estrés para ayudar al paciente a enfrentarse al estrés de forma más adaptativa y 5) prevención de las recaídas para ayudar a mantener las ganancias del tratamiento.

Los trastornos del control de impulsos representan, quizás, la categoría de trastornos menos investigada del *DSM-IV*. Sigue sin estar clara la relación de estos problemas con los trastornos por ansiedad y del estado de ánimo, con los que a menudo coocurren. Puesto que algunos de estos trastornos tienen serias consecuencias para los individuos y la sociedad (p. ej., piromanía, trastorno explosivo intermitente), es necesario evaluar la eficacia de los tratamientos actuales. Ésta es una empresa difícil en el caso de los trastornos del control de impulsos, ya que son intermitentes, están ocultos, se niegan y son poco frecuentes.

REFERENCIAS

- Altman, K., Grabs, C. y Friman, P. (1982). Treatment of unobserved trichotillomania by attention-reflection and punishment of an apparent covariant. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 337-340.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición-revisada) (*DSM-III-R*). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (*DSM-IV*). Washington, D.C.: APA.
- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1973). Habit-reversal: A method of eliminating nervous habits and tics. *Behavior Research and Therapy*, 11, 619-628.
- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1978). *Habit control in a day*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Azrin, N. H., Nunn, R. G. y Frantz, S. E. (1980). Treatment of hairpulling (Trichotillomania): A comparative study of habit reversal and negative practice training. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 13-20.
- Bach-y-Rita, G., Lion, J. R., Climent, C. E. y Ervin, F. R. (1971). Episodic dyscontrol: A study of 130 violent patients. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1473-1478.
- Barth, R. J. y Kinder, B. N. (1987). The mislabeling of sexual impulsivity. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13, 15-23.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression: A treatment manual*. Nueva York: Guilford.
- Bitler, D. A., Linnoila, M. y George, D. T. (1994). Psychological and diagnostic characteristics of individuals initiating domestic violence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 583-585.
- Blum, N. J., Barone, V. J. y Friman, P. C. (1993). A simplified behavioral treatment of trichotillomania: Report of two cases. *Pediatrics*, 91, 993-995.
- Bumpass, E. R., Fagelman, F. D. y Brix, R. J. (1983). Intervention with children who set fires. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 328-345.
- Carr, E. G., Newsom, C. y Binkoff, J. (1980). Escape as a factor in the aggressive behavior of two retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13, 101-117.
- Christenson, G. A., Mackenzie, T. B. y Mitchell, J. B. (1991). Characteristics of 60 adult chronic hair pullers. *American Journal of Psychiatry*, 148, 365-370.
- Christenson, G. A., Ristvedt, S. L. y Mackenzie, T. B. (1993). Identification of trichotillomania cue profiles. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 315-320.
- Ellis, A. y Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Faber, R. J. (1992). Money changes everything: Compulsive buying from a biopsychosocial perspective. *The American Behavioral Scientist*, 35, 809-818.
- Fava, M., Anderson, K. y Rosenbaum, J. F. (1990). "Anger attacks": Possible variants of panic and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 147, 867-870.
- Fishbain, D. A. (1987). Kleptomania as risk-taking behavior in response to depression. *American Journal of Psychotherapy*, 41, 598-603.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., Riggs, D. y Murdock, T. (1991). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715-723.
- Friman, P. C., Finney, J. W. y Christophersen, E. R. (1984). Behavioral treatment of Trichotillomania: An evaluative review. *Behavior Therapy*, 15, 249-265.
- Friman, P. C. y Rostain, A. (1990). Trichotillomania. *New England Journal of Medicine*, 322, 471.
- Gauthier, J. y Pelierin, D. (1982). Management of compulsive shoplifting through covert sensitization. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 73-75.
- Geller, J. L. (1987). Firesetting in the adult psychiatric population. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 501-506.
- Glover, J. (1985). A case of kleptomania treated by covert sensitization. *British Journal of Clinical Psychology*, 24, 213-214.
- Goldman, M. J. (1992). Kleptomania: An overview. *Psychiatric Annals*, 22, 68-71.
- Goodman, W. K., McDougle, C. J. y Price, L. H. (1992). Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 29-37.
- Guidry, L. S. (1975). Use of a covert punishing contingency in compulsive stealing. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 6, 169.
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology Revised*. 217-222. NIMH Publ. DHEW Publ No (Adm) 76-338.
- Hallopeau, M. (1989). Alopecie par grattage (Trichomanie ou trichotillomanie). *Annual of Dermatology and Venereology*, 10, 440-441.
- Hamdan-Allen, G. (1991). Trichotillomania in childhood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 241-243.
- Hanson, M., MacKay-Soroka, S., Staley, S. y Poulton, L. (1994). Delinquent firesetters: A comparative study of delinquency and firesetting histories. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 230-232.
- Jenike, M. A. (1989). Obsessive-compulsive and related disorders: A hidden epidemic. *New England Journal of Medicine*, 321, 539-541.
- Koles, M. R. y Jensen, W. R. (1985). Comprehensive treatment of chronic fire setting in a severely disordered boy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 81-85.
- Kolko, D. J. (1983). Multicomponent parental treatment of firesetting in a six-year-old boy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 14, 349-353.
- Kolko, D. (1990). Matchplay and firesetting in children: Relationship to parent, marital, and family dysfunction. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 229-238.
- Kolko, D. J. y Kazdin, A. E. (1988). Prevalence of firesetting and related behaviors among child psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 628-630.
- Kolko, D. y Kazdin, A. (1994). Children's descriptions of their firesetting incidents: Characteristics and relationship to recidivism. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 114-122.

- Lamontagne, Y., Carpentier, N., Hetu, C. y Lacerte-Lamontagne, C. (1994). Shoplifting and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 300-302.
- Leong, G. B. (1992). A psychiatric study of persons charged with arson. *Journal of Forensic Sciences*, 37 (5), 1319-1326.
- Lion, J. R. (1992). The intermittent explosive disorder. *Psychiatric Annals*, 22, 64-66.
- Marzagao, L. R. (1972). Systematic desensitization treatment of kleptomania. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 327-328.
- McConaghy, N. y Blaszczynski, A. (1988). Imaginal desensitization: A cost-effective treatment in two shop-lifters and a binge-eater resistant to previous therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 22, 78-82.
- McElroy, S. L., Hudson, J. I., Pope, H. G. y Keck, P. E. (1991a). Kleptomania: Clinical characteristics and associated psychopathology. *Psychological Medicine*, 21, 93-108.
- McElroy, S. L., Hudson, J. I., Pope, H. G., Keck, P. E. y Aizley, H. G. (1992). The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: Clinical characteristics and relationships to other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 318-327.
- McElroy, S. L., Pope, H. G., Hudson, J. I., Keck, P. E. y White, K. L. (1991b). Kleptomania: A report of 20 cases. *American Journal of Psychiatry*, 148, 652-657.
- Meichenbaum, D. (1974). Self-instructional methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (dirs.), *Helping people change*. Nueva York: Pergamon.
- Michael, J. L. (1982). Distinguishing between discriminative and motivational functions of stimuli. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 37, 149-155.
- Miltenberger, R. G. y Fuqua, R. W. (1985). A comparison of contingent vs. non-contingent competing response practice in the treatment of nervous habits. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 195-200.
- Murray, J. B. (1992). Kleptomania: A review of the research. *The Journal of Psychology*, 126, 131-138.
- Ninan, P. T., Rothbaum, B. O., Marsteller, F., Knight, B. y Eccard, M. (1995). A placebo controlled trial of cognitive behavior therapy and clomipramine in trichotillomania. Manuscrito sin publicar, enviado para revisión.
- Ratner, R. A. (1989). Trichotillomania. En T. B. Karasu (dir.), *Treatments of psychiatric disorders, vol. III*. Washington, D.C.: APA.
- Reeve, E. A., Bernstein, G. A. y Christenson, G. A. (1992). Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 132-138.
- Ricc, M. E. y Harris, G. T. (1991). Firesetters admitted to a maximum security psychiatric institution: Offenders and offenses. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 461-475.
- Rodolfa, E. R. (1986). The use of hypnosis in the multimodal treatment of Trichotillomania: A case report. *Psychotherapy in Private Practice*, 4, 51-58.
- Rosenbaum, M. S. y Aylion, T. (1981). The habit-reversal technique in treating Trichotillomania. *Behavior Therapy*, 12, 473-481.
- Rothbaum, B. O. (1990, noviembre). *Trichotillomania Treatment Program*. Presentación en la reunión anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, SIG Section, San Francisco, Ca.
- Rothbaum, B. O. (1992). The behavioral treatment of trichotillomania. *Behavioral Psychotherapy*, 20, 85-90.
- Rothbaum, B. O. y Ninan, P. T. (1994). The assessment of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 651-662.
- Rothbaum, B. O., Shaw, L., Morris, R. y Ninan, P. T. (1993). Prevalence of trichotillomania in a college freshman population (letter). *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 72.
- Schwartz, D. y Hoellen, B. (1991). "Forbidden fruit tastes especially sweet". Cognitive-

- behavior therapy with a kleptomaniac woman-A case report. *Psychotherapy in Private Practice*, 8, 19-25.
- Showers, J. y Pickrell, E. (1987). Child firesetters: A study of three populations. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 495-501.
- Simon, A. (1987). The berserker/blind rage syndrome as a potentially new diagnostic category for the DSM-III. *Psychological Reports*, 60, 131-135.
- Soltys, S. M. (1992). Pyromania and firesetting behaviors. *Psychiatric Annals*, 22, 79-83.
- Stanley, M. A., Borden, J. W., Mouton, S. G. y Breckenridge, J. K. (1995). Nonclinical hair-pulling: Affective correlates and comparison with clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 179-186.
- Stanley, M. A., Swann, A. C., Bowers, T. C., Davis, M. L. y Taylor, D. J. (1992). A comparison of clinical features in trichotillomania and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 39-44.
- Steege, M. W., Wacker, D. P., Cigrand, K. C. y Berg, W. K. (1990). Use of negative reinforcement in the treatment of self-injurious behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 459-467.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Rapoport, J. L., Lenane, M. C., Goldberger, B. A. y Cheslow, B. A. (1989). A double-blind comparison of clomipramine and desipramine in the treatment of trichotillomania (hair pulling). *New England Journal of Medicine*, 321, 497-501.
- Tarnowski, K. J., Rosen, L. A., McGrath, M. L. y Drabman, R. S. (1987). A modified habit reversal procedure in a recalcitrant case of trichotillomania. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 157-163.
- Taylor, J. G. (1963). A behavioral interpretation of obsessive compulsive neurosis. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 237-244.
- Vitulano, L. A., King, R. A., Scahill, L. y Cohen, D. J. (1992). Behavioral treatment of children and adolescents with trichotillomania. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 139-146.
- Wahler, R. G. y Graves, M. G. (1983). Setting events in social networks: ally or enemy in child behavior therapy? *Behavior Therapy*, 14, 19-36.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Ca: Stanford University.
- Yung, P. (1993). Treatment for trichotillomania (letter). *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 878.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Azrin, N. H. y Nunn, R. G. (1987). *Tratamiento de hábitos nerviosos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig: 1978).
- Carrasco, I. (1995). Trastornos del control de los impulsos: Trastorno explosivo intermitente, cleptomanía, piromanía y tricotilomanía. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1982).
- Rothbaum, B. O. (1992). The behavioral treatment of trichotillomania. *Behavioral Psychotherapy*, 20, 85-90.
- Rothbaum, B. O. y Ninan, P. T. (1994). The assessment of trichotillomania. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 651-662.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

16. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN UNIPOLAR

PETER M. LEWINSOHN, IAN H. GOTLIB y MARTIN HAUTZINGER

I. INTRODUCCIÓN

Al escribir este capítulo nos propusimos cuatro objetivos. En primer lugar, con el fin de situar los enfoques conductuales actuales para la conceptualización y el tratamiento de la depresión en un contexto apropiado, describiremos brevemente la historia y el desarrollo de las primeras teorías conductuales de la depresión. Luego resumiremos algunas de las formulaciones conductuales más recientes. En segundo lugar, presentaremos varios enfoques para la evaluación de distintos aspectos de la depresión unipolar y describiremos diferentes tratamientos conductuales de la depresión. En esta sección, nos centraremos especialmente en dos paquetes de tratamiento para la depresión unipolar desarrollados en la Unidad de Investigación de la Depresión de la Universidad de Oregón: un enfoque de terapia individual y una intervención psicoeducativa de grupo. En tercer lugar, describiremos extensiones recientes de esta intervención en diferentes lugares y a distintas poblaciones, como adolescentes deprimidos y ancianos. Finalmente, nos detendremos en lo que pensamos que son tendencias importantes para las investigaciones futuras en este campo.

II. TEORÍAS CONDUCTUALES DE LA DEPRESIÓN

Hace cuatro décadas, Skinner (1953) postuló que la depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido reforzadas positivamente por el ambiente social. Esta conceptualización de la depresión como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de la conducta ha sido básica para todas las posiciones conductuales. Ferster (1966) proporcionó más detalles sugiriendo que factores diversos tales como cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, y cambios en las contingencias de reforzamiento pueden dar lugar a la depresión, es decir, a una tasa reducida de conducta. Señaló que el fracaso depresivo para producir conductas adaptativas puede deberse a

Oregon Research Institute (EE UU), Northwestern University (EE UU) y Johannes Gutenberg University (Alemania), respectivamente.

una serie de factores, incluyendo: a) cambios ambientales repentinos que requieren que se establezcan nuevas fuentes de reforzamiento; b) la implicación en conductas aversivas o punitivas que evita la oportunidad del refuerzo positivo, y c) la observación errónea del ambiente, que produce una conducta socialmente inapropiada y una baja frecuencia de refuerzo positivo. Ferster invocó el concepto de encadenamiento para explicar la generalizabilidad de la respuesta a lo que a menudo constituye una pérdida circunscrita de refuerzo (p. ej., la pérdida de un trabajo). Este autor planteó que la pérdida de una fuente central de refuerzos conduciría a una disminución de todas las conductas que están "encadenadas" a ella u organizadas alrededor del refuerzo perdido. Por ejemplo, la jubilación podría llevar a una disminución de todas las conductas que estaban encadenadas al trabajo. De este modo, un individuo que se ha jubilado podría tener problemas para levantarse por la mañana, arreglarse y ver a los amigos o compañeros, en el caso de que todas estas conductas estuvieran organizadas alrededor del trabajo, que a su vez era una fuente central de refuerzos.

Como una variante de esta posición, Costello (1972) distinguió entre una disminución en el número de refuerzos disponibles para el individuo y una reducción de la eficacia de dichos refuerzos. Costello propuso que la depresión se debía a la ruptura de una cadena de conductas causada probablemente por la pérdida de uno de los reforzadores de la cadena. Este autor planteó que la eficacia del refuerzo para todos los componentes de la cadena de conductas es contingente con la terminación de la cadena. Así, cuando se rompe una cadena de conductas, hay una pérdida de la eficacia del refuerzo asociada a todos los componentes de la cadena. Costello afirma que la pérdida de interés general en el ambiente por parte del sujeto deprimido constituye una manifestación de esta disminución de la eficacia del reforzador.

Lewinsohn y sus colaboradores (p. ej., Lewinsohn y Shaw, 1969; Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Youngren y Grosscup, 1979) refinaron y elaboraron estas posiciones. Lewinsohn mantenía que una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta constituía una explicación suficiente de ciertos aspectos del síndrome depresivo, especialmente de la baja tasa de conducta. Lewinsohn y sus colaboradores ampliaron la posición conductual por medio de tres hipótesis más:

1. Hay una relación causal entre la baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta y la sensación de disforia.
2. Las conductas depresivas se mantienen por medio del ambiente social, que proporciona contingencias en forma de simpatía, interés y preocupación.
3. Las deficiencias en el funcionamiento de las habilidades sociales son un antecedente importante de la baja tasa de refuerzo positivo.

Lewinsohn hipotetizó que una baja tasa de «refuerzo positivo contingente a la respuesta» en áreas importantes de la vida, y/o una alta tasa de experiencias aversivas, conduce a una disminución de la conducta y a la experiencia de disforia. Lewinsohn sugirió tres factores principales que podrían conducir a una baja

tasa de refuerzo. El primero implica deficiencias en el repertorio conductual o habilidades del individuo, lo que evita que obtenga refuerzos o disminuya la capacidad del sujeto para afrontar experiencias aversivas. El segundo factor que podría conducir a una baja tasa de refuerzo es una falta de refuerzos potenciales en el ambiente del individuo debido al empobrecimiento o a la pérdida de los mismos o a un exceso de experiencias aversivas. Por ejemplo, una persona que se encuentra confinada en casa mientras se recupera de una larga enfermedad puede realizar pocas actividades a las que les siga el refuerzo. La muerte o la desaparición social de un individuo que había proporcionado refuerzo social podría tener como consecuencia una pérdida de refuerzos. Finalmente, la depresión puede provenir de una disminución de la capacidad de una persona para disfrutar de las experiencias positivas, o de un aumento de la sensibilidad de un individuo ante los acontecimientos negativos (Lewinsohn, Lobitz y Wilson, 1973).

La formulación de Lewinsohn se centró así en la disminución del refuerzo social que obtenía el individuo deprimido de las otras personas importantes de su entorno. Lewinsohn planteó que los individuos deprimidos podrían carecer de las habilidades sociales adecuadas y, por consiguiente, serles difícil obtener refuerzos de su ambiente social, lo que les llevaría a experimentar una disminución de la tasa de refuerzo positivo. Libet y Lewinsohn (1973) definieron la habilidad social como «[...] la capacidad compleja de emitir conductas que son reforzadas positiva o negativamente, y de no emitir conductas que son castigadas o extinguidas por los demás» (p. 304). De este modo, se considera que un individuo es socialmente habilidoso en la medida en que provoque consecuencias positivas (y evite las negativas) del entorno social. Debido al refuerzo positivo insuficiente, les es difícil a las personas deprimidas iniciar o mantener la conducta instrumental. La formulación se centra también en el *mantenimiento* de la conducta deprimida (p. ej., pensamientos de suicidio) al sugerir que el ambiente social refuerza a menudo esas conductas al proporcionar simpatía, interés y preocupación.

Completando esta formulación, Coyne (1976) afirmó que la depresión es una respuesta a las perturbaciones del contexto social del individuo. De forma específica, Coyne sugirió que la depresión se mantiene por medio de las respuestas negativas de otras personas significativas a la conducta sintomática del sujeto deprimido. Coyne mantenía que los individuos deprimidos crean un entorno social negativo haciendo que los demás se impliquen de tal manera que se pierde el apoyo o, al menos, éste es ambiguo. Se provocan reacciones tanto de apoyo como hostiles. Coyne postuló una secuencia de conducta que empieza con la demostración inicial, por parte de la persona deprimida, de síntomas de depresión, normalmente en respuesta al estrés. Los individuos del ambiente social de la persona deprimida responden inmediatamente a estos síntomas de depresión con un apoyo y un interés verdaderos. La conducta del sujeto deprimido se vuelve cada vez más exigente, como, por ejemplo, expresando cada vez con mayor frecuencia las conductas sintomáticas. Consecuentemente, la conducta del sujeto deprimido se vuelve aversiva para los demás y provoca sentimientos de resentimiento y de ira. Al mismo tiempo, el malestar obvio de la

persona deprimida provoca también sentimientos de culpa que sirven para inhibir la expresión manifiesta de esta hostilidad. En un intento de disminuir tanto su culpa como su ira, los miembros de la familia responden a la persona deprimida con una hostilidad velada y con un apoyo falso. Dándose cuenta de, y sintiéndose rechazado por, estos mensajes discrepantes o incongruentes, la persona deprimida desarrolla más síntomas en un intento de obtener apoyo, haciendo de esta manera incluso más aversivo para los demás el interactuar con ella. Este proceso de "desviación-amplificación" continúa hasta el punto en el que la gente se retira de las interacciones con el sujeto deprimido o bien hace que la persona se retire por medio de la hospitalización.

Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. Rehm sugirió que el modelo de Kanfer (1977) sobre la autorregulación podría servir como un modelo heurístico para el estudio de la etiología, sintomatología y tratamiento de la depresión. Según este modelo, los déficit específicos en la autoobservación, la autoevaluación y el autorrefuerzo pueden explicar los distintos síntomas de la depresión. De modo concreto, Rehm postuló que la conducta de las personas deprimidas podría caracterizarse por uno o más déficit en la conducta de autocontrol. En primer lugar, con respecto a la autoobservación, los individuos deprimidos atienden de forma selectiva a los acontecimientos negativos que siguen a su conducta, con la exclusión relativa de los sucesos positivos, un estilo cognitivo que podría explicar el pesimismo y el punto de vista desesperanzado de los individuos deprimidos. En segundo lugar, las personas deprimidas atienden de forma selectiva a las consecuencias inmediatas de su conducta, con la exclusión relativa de los resultados a más largo plazo y, por consiguiente, no pueden ver más allá de las demandas actuales cuando realizan elecciones conductuales.

El tercer déficit en la conducta de autocontrol de las personas deprimidas implica a la autoevaluación, que consiste básicamente en una comparación entre una estimación de la actuación (que proviene de la autoobservación) y un criterio o patrón interno. Rehm señaló que los individuos deprimidos se plantean patrones poco realistas, perfeccionistas y globales, haciendo que sea muy poco probable el satisfacerlos. Como consecuencia, a menudo no son capaces de alcanzar sus objetivos y, por consiguiente, se evalúan a sí mismos de forma negativa y de un modo global, sobregeneralizado. Las personas deprimidas pueden manifestar también un déficit en la autoevaluación con respecto a su estilo de atribución. Rehm hipotetizó que las personas deprimidas pueden distorsionar su percepción de la causalidad con el fin de denigrarse a sí mismas. Por ejemplo, si su actuación es satisfactoria, las personas deprimidas pueden atribuir su éxito a factores externos como la suerte y la simplicidad de la tarea, negándose, por consiguiente, a atribuirse méritos. De manera similar, las personas deprimidas pueden achacar la causa de una actuación insatisfactoria a factores internos, como falta de habilidad y de esfuerzo, dándose una responsabilidad excesiva por el fracaso.

Finalmente, Rehm (1977) postuló que las personas deprimidas no son capaces de proporcionarse suficientes recompensas contingentes a sí mismas para

mantener sus conductas adaptativas. Esta baja tasa de autorrecompensa puede explicar, en parte, las bajas tasas de conducta manifiesta, el bajo nivel de actividad general y la falta de persistencia que caracteriza a la depresión. Además, se hipotetiza que las personas deprimidas se autocastigan en exceso, lo que suprime la potencial conducta productiva al principio de una cadena de respuestas, produciéndose como consecuencia una inhibición excesiva.

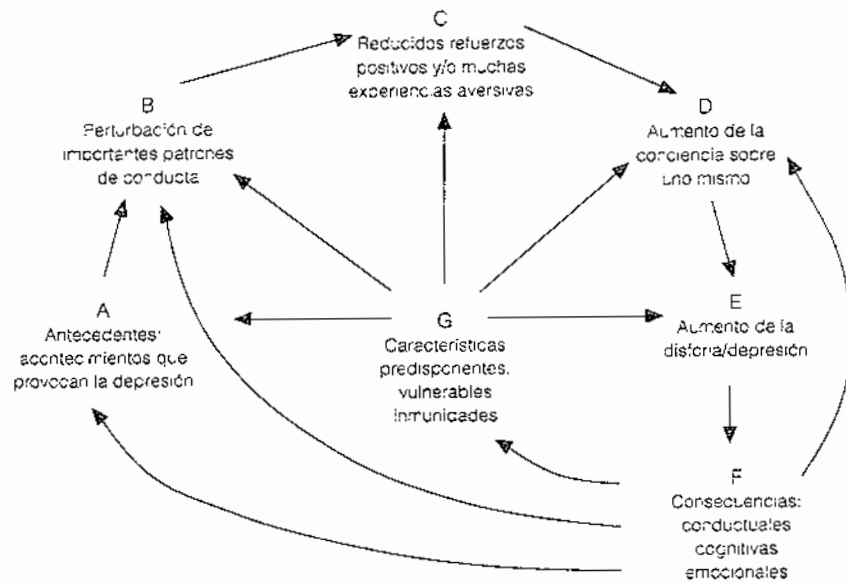
II.1. Enfoques recientes

Lewinsohn *et al.* (1985) plantearon que las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido demasiado limitadas y simples. Propusieron un modelo integrado, multifactorial, de la etiología y mantenimiento de la depresión que intenta reflejar la complejidad de este trastorno. En este modelo, que se presenta en la figura 16.1, la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales. De modo más específico, la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Mientras que los factores situacionales son importantes como "desencadenantes" del proceso depresogénico, los factores cognitivos son esenciales como "moderadores" de los efectos del ambiente.

En resumen, en este modelo se plantea que la cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de la depresión empieza con los factores antecedentes de riesgo (A), que inician el proceso depresogénico trastornando importantes patrones de conducta adaptativa (B). El concepto general de los estímulos estresantes a los niveles macro (p. ej., acontecimientos estresantes negativos) y micro (p. ej., conflictos diarios) constituyen probablemente los mejores ejemplos de dichos antecedentes. Estos estímulos estresantes alteran los patrones de conducta que son necesarios para las interacciones diarias del individuo con el ambiente. Así por ejemplo, se plantea que los acontecimientos vitales estresantes conducen a la depresión en la medida en que perturben las relaciones personales importantes o las responsabilidades laborales (C). Esta misma perturbación puede producir una reacción emocional negativa, combinada con una incapacidad para invertir el impacto de los estímulos estresantes, conduciendo a una elevada conciencia de uno mismo (D). Este elevado darse cuenta hace que sobresalga la sensación de fracaso por parte del individuo para satisfacer los patrones internos y lleva, por consiguiente, a un aumento de la disforia y a muchos otros síntomas cognitivos, conductuales y emocionales de la depresión (E). Finalmente, este aumento de los síntomas de la depresión sirve para mantener y exacerbar el estado deprimido (F), haciendo más accesible, en parte, la información negativa sobre uno mismo (Gotlib y McCabe, 1992) y disminuyendo la confianza del individuo deprimido para afrontar su ambiente (p. ej., Jacobson y Anderson, 1982).

Es importante señalar que el modelo de Lewinsohn *et al.* (1985) reconoce que las diferencias individuales estables, como las características de personalidad, pueden moderar el impacto de los acontecimientos antecedentes, tanto para iniciar el ciclo que conduce a la depresión como para mantenerla una vez que

FIGURA 16.1. Un modelo integrador de la depresión



Fuente: P. M. Lewinsohn, H. Hoberman, L. Teri y M. Hautzinger (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Nueva York: Academic.

empieza. Estas características de la persona pueden clasificarse como *vulnerabilidades*, que aumentan la probabilidad de ocurrencia de la depresión, y como *inmunidades*, que disminuyen la probabilidad del trastorno (G). Lewinsohn *et al.* (1985) sugieren que los factores de vulnerabilidad podrían incluir ser mujer, tener una historia de depresiones anteriores y poseer una baja autoestima. Por el contrario, ejemplos de inmunidades incluyen una elevada competencia social autopercebida, la disponibilidad de una persona en quien confiar y habilidades de afrontamiento eficaces. Finalmente, es importante señalar que el modelo de Lewinsohn *et al.* enfatiza la operación de “bucles de retroalimentación” entre los distintos factores. Estos bucles de retroalimentación permiten bien un “círculo vicioso” o bien un “círculo sano”. Al invertir cualquiera de los componentes del modelo, la depresión irá mejorando progresivamente.

Está claro, a partir de esta revisión, que las teorías conductuales de la depresión han evolucionado desde unas formulaciones E-R relativamente simples y limitadas que enfatizaban el refuerzo contingente a la respuesta y los efectos conductuales desalentadores del castigo, hasta conceptualizaciones más complejas que ponen un mayor énfasis en las características del individuo y en las interaccio-

nes de la persona con el ambiente. Hay un conocimiento mayor de que los individuos deprimidos a menudo funcionan en entornos exigentes y estresantes. Además, algunos investigadores afirman que las mismas personas deprimidas pueden ser instrumentales en la producción de gran parte de ese estrés (Gotlib y Hammen, 1992). Teniendo en cuenta esta perspectiva cambiante, está claro que los investigadores y clínicos conductuales tienen que evaluar a los individuos deprimidos en el contexto de su ambiente. Como veremos en la siguiente sección, los procedimientos de evaluación conductual se caracterizan ahora por un interés más amplio, no sólo en las personas deprimidas sino también en su entorno social.

III EVALUACIÓN CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

Los enfoques conductuales para la evaluación de la depresión se centran normalmente en las características manifiestas del trastorno, como la conducta psicomotora y la verbal. Además, teniendo en cuenta el interés de las teorías conductuales de la depresión en las contingencias ambientales, los clínicos y los investigadores de orientación conductual tratan también de evaluar aspectos del ambiente y de la interacción persona-ambiente que pueden relacionarse con el inicio o mantenimiento de la depresión. De este modo, la evaluación conductual puede incluir una exploración de factores tales como las habilidades sociales del individuo deprimido, la conducta de los demás con los que el paciente deprimido interactúa y las actividades y reforzadores disponibles para la persona deprimida. Además, como veremos posteriormente, la información pueden recogerse por medio de entrevistas, autoinformes y observación directa.

III.1. Las entrevistas

Al evaluar las *habilidades sociales* de las personas deprimidas, Becker y Heimberg (1985) recomiendan que se lleve a cabo una entrevista clínica en la que el entrevistador y el paciente deprimido representen situaciones objetivo problemáticas identificadas por el paciente. Durante esta representación, el entrevistador debería observar cuidadosamente la actuación del paciente, en términos del contenido del habla, el volumen, el tono, el contacto ocular, la postura, etc. (véase también Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976). Además, pruebas de representación de papeles estandarizadas, como el *Test conductual de asertividad (Behavioral assertiveness test, BAT; Eisler et al., 1975)*, pueden servir para incrementar las situaciones propuestas por el paciente.

III.2. Los autoinformes

Se conocen toda una serie de medidas de autoinforme de la sintomatología depresiva que se utilizan frecuentemente, como el *Inventario de depresión de Beck*

(Beck Depression Inventory, BDI; Beck et al., 1961), la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D; Radloff, 1977) y la Lista de adjetivos para la depresión (Depression adjective check list, DACL; Lubin, 1967). Hace unos años se publicaron varias revisiones detalladas de estos instrumentos (p. ej., Gotlib y Cane, 1989; Lewinsohn y Rohde, 1987). Además de estas medidas de la sintomatología, se ha desarrollado una serie de cuestionarios de autoinforme para evaluar otros aspectos del fenómeno de la depresión. En particular, existen varias medidas de autoinforme disponibles para evaluar el funcionamiento social de las personas deprimidas. Por ejemplo, Youngren, Zeiss y Lewinsohn (1977) desarrollaron el *Inventario de acontecimientos interpersonales (Interpersonal events schedule, IES)*, una medida de autoinforme para evaluar la interacción social en las personas deprimidas.

Otra medida de autoinforme de la interacción social es el *Test de autoverbalizaciones en la interacción social (Social interaction self-statement test, SISST; Glass et al., 1982)*. Este instrumento se compone de 30 ítems que comprenden cuatro escalas: automenosprecio, anticipación positiva, temor a la evaluación negativa y afrontamiento. Glass et al. informan de propiedades psicométricas aceptables para el SISST. Finalmente, Weissman, Prusoff y Thompson (1978) desarrollaron la *Escala de adaptación social-Tipo autoinforme (Social adjustment scale-Self-report, SAS-SR)*. Este instrumento es una versión de autoinforme de la *Escala de adaptación social* evaluada por el entrevistador (SAS; Weissman y Paykel, 1974). El SAS-SR contiene 42 preguntas que miden el comportamiento afectivo e instrumental en el papel laboral, las actividades sociales y de ocio, las relaciones con la familia, el papel de pareja, el papel de padres, la unidad familiar y la independencia económica.

III.3. Los diarios conductuales

Desde una perspectiva algo diferente de la medición por medio del autoinforme, muchos terapeutas conductuales requieren que los pacientes deprimidos mantengan un registro diario de los acontecimientos. Estos registros o "diarios" pueden ser útiles para evaluar las consecuencias ante la respuesta de las conductas sociales del paciente deprimido y para proporcionar información sobre el entorno social de éste y sobre los refuerzos sociales disponibles. Por ejemplo, MacPhillamy y Lewinsohn (1982) desarrollaron el *Inventario de acontecimientos agradables (Pleasant events schedule, PES)* para facilitar el diseño de programas conductuales dirigidos a aumentar la cantidad de refuerzo positivo recibido por las personas deprimidas. El PES es un inventario construido para ser empleado en la evaluación, seguimiento y modificación del nivel de actividades positivas en personas deprimidas.

De forma similar, el *Inventario de acontecimientos desagradables (Unpleasant events schedule, UES)* se desarrolló para evaluar la frecuencia y el impacto subjetivo de un amplio rango de acontecimientos vitales estresantes (Lewinsohn et al., 1985). El UES se ha empleado para construir listas de actividades desagra-

dables individualizadas para los pacientes con un fin de registro diario. Este instrumento se compone de 320 ítems que evalúan la tasa de ocurrencia y la aversión experimentada ante los acontecimientos vitales estresantes.

Se han desarrollado versiones más cortas del PES para emplearse con ancianos (Teri y Lewinsohn, 1982) y con adolescentes (Carey, Kelley y Buss, 1986; Cole, Kelley y Carey, 1988; Lewinsohn y Clarke, 1986). El PES y el UES pueden utilizarse también para generar programas individualizados de actividades con el fin de registrar las actividades agradables diarias e identificar actividades agradables de interés potencial para el cambio. Finalmente, Teri y Logsdon (1991) modificaron hace poco el PES con el fin de construir un *Inventario de acontecimientos agradables (Pleasant events schedule-AD)* para ser empleado con pacientes que sufren la enfermedad de Alzheimer y para los familiares que los cuidan.

Queda claro, por consiguiente, que hay una serie de medidas de autoinforme sobre los aspectos conductuales del funcionamiento depresivo. Aunque estas medidas proporcionan importante información, es probable que estén fuertemente influidas por el conjunto general de respuestas negativas característico de muchos individuos deprimidos. En consecuencia, algunos investigadores se han vuelto hacia los procedimientos de medición por medio de la observación, afirmando que es más probable que las medidas basadas en datos objetivos representen déficit en habilidades "reales", por lo que pueden convertirse entonces en objetivos para la intervención.

III.4. Procedimientos de observación

Una serie de investigadores han observado la conducta manifiesta de las personas deprimidas. En un estudio de hace tiempo, Williams, Barlow y Agras (1972) desarrollaron una escala utilizada por el observador para evaluar las conductas de los pacientes gravemente deprimidos internos en un hospital. Básicamente, esta escala evaluaba la conducta verbal de los pacientes deprimidos, las interacciones sociales, las sonrisas y la actividad motora, como leer, coser, arreglarse, etc. Esta medida produce un registro longitudinal de las conductas deprimidas de los pacientes y correlaciona altamente con las evaluaciones de los clínicos sobre la gravedad de la depresión.

Investigaciones posteriores han examinado las conductas de las personas deprimidas en interacciones con desconocidos. Los resultados de estos estudios indican que, comparados con sujetos controles no deprimidos, los individuos deprimidos muestran una serie de déficit en sus habilidades sociales. De forma específica, se ha observado que los individuos deprimidos sonríen menos frecuentemente (Gotlib, 1982; Gotlib y Robinson, 1982), hacen menos contacto ocular con quienes interactúan (Gotlib, 1982), hablan de forma más lenta y más monótona (Gotlib y Robinson, 1982; Libet y Lewinsohn, 1973; Youngren y Lewinsohn, 1980), les lleva más tiempo responder a los demás en una conversación (Libet y Lewinsohn, 1973) y hacen más comentarios centrados en sí mismos y con tintes negativos (Blumberg y Hokanson, 1983; Gotlib y Robinson, 1982; Jacobson y Anderson, 1982). Teniendo en cuenta estas diferencias tanto en la con-

ducta de conversación como en el contenido de la misma, se ha encontrado, con pocas excepciones (p. ej., Gotlib y Meltzer, 1987; Youngren y Lewinsohn, 1980), que las conductas interpersonales de las personas deprimidas son evaluadas por observadores como menos competentes socialmente que las de los individuos no deprimidos (p. ej., Dykman *et al.*, 1991; Lewinsohn *et al.*, 1980; véase Feldman y Gotlib, 1993, para una revisión más detallada de estos estudios).

Queda claro, por consiguiente, que las personas deprimidas muestran déficit en sus habilidades sociales al interactuar con desconocidos. Sin embargo, Gotlib y Hooley (1988) han planteado que los problemas de habilidades sociales en individuos deprimidos son incluso más pronunciados en sus interacciones maritales y familiares.

Los resultados de otros investigadores son consistentes al informar que las interacciones de las personas deprimidas y de sus cónyuges están asociadas con conductas verbales y no verbales más negativas. Por ejemplo, se ha encontrado que las interacciones maritales de las parejas en las que un miembro está deprimido se caracterizan por elevados niveles de perturbación, explosiones emocionales negativas y una incongruencia entre los mensajes verbales y las conductas no verbales (Hinchliffe, Hooper y Roberts, 1978), como el hecho de que los individuos deprimidos emiten un mayor número de conductas en las que la comunicación no verbal es más negativa que el mensaje verbal que la acompaña (Ruscher y Gotlib, 1988). Cuando interactúan con el cónyuge, se ha encontrado que los deprimidos emiten menor proporción de conducta verbal positiva y mayor de conducta verbal negativa que los individuos no deprimidos (Hautzinger, Linden y Hoffman, 1982; Ruscher y Gotlib, 1988). Además, Kowalik y Gotlib (1987) informan que este patrón de conducta negativa por parte de los individuos deprimidos puede ser deliberado; en este estudio, las personas deprimidas codificaban, de forma intencionada, sus comunicaciones con los cónyuges como más negativas y menos positivas que las parejas no deprimidas. Además, otros hallazgos sugieren que los individuos deprimidos a menudo son manifiestamente agresivos cuando interactúan con sus cónyuges (Biglan *et al.*, 1985; véase Rehm, 1987).

Finalmente, existen datos a partir de la evaluación por medio de los estudios de observación de que las personas deprimidas experimentan también interacciones problemáticas con sus hijos. Una serie de investigadores ha encontrado que las mujeres deprimidas mantienen una mayor distancia y/o son manifiestamente negativas en las interacciones con sus hijos.

Se han encontrado también resultados que indican interacciones conductuales negativas similares entre padres deprimidos y sus hijos (p. ej., Goodman y Brumley, 1990; Gordon *et al.*, 1989; Mills *et al.*, 1985; véase Gotlib y Lee, 1990, y Hammen, 1991, para una revisión más detallada de la literatura sobre este tema).

Por consiguiente, queda claro a partir de estos resultados que las conductas manifiestas de las personas deprimidas son problemáticas en los hospitales y en las interacciones con desconocidos, cónyuges e hijos. Una contribución importante de los enfoques conductuales a la evaluación del funcionamiento social de las personas deprimidas ha sido el identificar y poner en claro las conductas pre-

cisas que parecen ser especialmente problemáticas. Seguidamente nos detendremos en los enfoques conductuales para el tratamiento de las personas deprimidas.

IV. TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA DEPRESIÓN

Teniendo en cuenta la atención de las teorías conductuales de la depresión hacia los reforzadores y hacia las contingencias ambientales, un objetivo principal de las terapias de orientación conductual para la depresión implica el aumento del refuerzo positivo que recibe el individuo deprimido. En este contexto, se ha descrito una serie de diferentes enfoques de tratamiento, todos los cuales comparten este objetivo común (p. ej., Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989). Además, como han señalado Hoberman y Lewinsohn (1985), hay una serie de otros elementos comunes asociados con los enfoques conductuales para el tratamiento de la depresión. Por ejemplo, se requiere que los pacientes observen normalmente sus actividades, estado de ánimo y pensamientos. Se anima a los pacientes a que se planteen objetivos alcanzables, con el fin de asegurarse unas primeras experiencias satisfactorias y concederse a sí mismos recompensas por alcanzar sus objetivos. Finalmente, la mayoría de los enfoques conductuales implica un entrenamiento diseñado para remediar distintos déficit de habilidades y de la actuación de los pacientes deprimidos (p. ej., entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en asertividad) y son de tiempo limitado, desarrollados para durar normalmente de cuatro a doce semanas.

IV.1. *Aumento de las actividades agradables y disminución de las desagradables*

Lewinsohn y sus colaboradores (p. ej., Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980; Libet y Lewinsohn, 1973) han subrayado la relación significativa de la depresión con bajas tasas de refuerzo positivo y con altas tasas de experiencias aversivas. Como señalamos anteriormente, estos investigadores plantearon que la depresión puede deberse, en parte, a una baja tasa de refuerzo positivo contingente a la respuesta. Basándose en esta formulación, Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1980) desarrollaron un programa conductual muy estructurado, de 12 sesiones, dirigido a cambiar la calidad y cantidad de las interacciones de los pacientes deprimidos con sus entornos. De modo específico, por medio del empleo de tácticas de intervención cognitivas y conductuales conjuntas, incluyendo el entrenamiento en asertividad, la relajación, el autocontrol, la toma de decisiones, la solución de problemas, la comunicación y el manejo del tiempo, se enseñaba a los pacientes deprimidos a controlar y reducir la intensidad y la frecuencia de los acontecimientos aversivos y a aumentar su tasa de implicación en actividades agradables. Una descripción más detallada de este programa de tratamiento, con ilustraciones clínicas, puede verse en Lewinsohn, Sullivan y Grosscup (1982).

Las tácticas, que se muestran en el cuadro 16.1, caen dentro de tres categorías: aquellas que se centran en cambiar las condiciones ambientales; aquellas que se centran en enseñar a los individuos deprimidos habilidades que pueden emplear para cambiar los patrones problemáticos de interacción con el ambiente; y aquellas que se centran en mejorar el agrado y disminuir la aversión de las interacciones persona-ambiente.

Las intervenciones ambientales son especialmente útiles cuando el entorno del paciente está muy empobrecido y/o es altamente aversivo, o cuando el individuo tiene pocos recursos personales. Un tipo de intervención ambiental entraña cambiar el lugar físico y social del paciente ayudando a éste a mudarse a un nuevo entorno. Por ejemplo, en el tratamiento de una anciana deprimida con una historia de esquizofrenia paranoide, la evaluación diagnóstica sugirió que el aislamiento social era el principal factor que contribuía a su depresión. Ella aceptó la recomendación de que se trasladase desde un pequeño apartamento en una casa aislada a una residencia con muchas actividades de ocio. Su depresión mejoró sustancialmente, con el consiguiente aumento en los acontecimientos sociales y de ocio de su vida. Otros ejemplos de modificaciones ambientales in-

CUADRO 16.1. *Tácticas del aprendizaje social*

Intervenciones ambientales

1. Campos ambientales.
2. Manejo de las contingencias.

Entrenamiento en habilidades

1. Métodos de cambio por uno mismo.
 - a. Especificación del problema.
 - b. Autoobservación y "establecimiento de la línea base".
 - c. Descubrimiento de los antecedentes.
 - d. Descubrimiento de las consecuencias.
 - e. Establecer un objetivo útil.
 - f. Autorrefuerzo.
 - g. Evaluación del progreso.
 - h. Planificación del tiempo.
2. Habilidades sociales.
 - a. Aserción.
 - b. Estilo interpersonal de la conducta expresiva.
 - c. Actividad social.
3. Relajación.
4. Manejo del estrés.

Habilidades cognitivas

1. Disminución del pensamiento negativo por medio de la interrupción del pensamiento, utilización del principio de Premack, tiempo para la preocupación, procedimientos de habla con uno mismo, identificación y cuestionamiento de los pensamientos irracionales.
2. Aumento de los pensamientos positivos por medio de la instigación, darse cuenta de los logros, de pensamientos positivos de autorrefuerzo, de proyecciones en el tiempo.

cluyen el mudarse a otra ciudad, el separarse del cónyuge y el cambiar de trabajo.

El manejo de las contingencias es otra clase de intervención ambiental. Dicha intervención entraña el cambio de las consecuencias de ciertas conductas. En el caso de pacientes externos, el terapeuta puede enseñar a los miembros de la familia a prestar atención y dar alabanzas y afecto físico contingentemente a las conductas adaptativas e ignorar las conductas depresivas (Lieberman y Ras-kin, 1971).

Las tácticas del entrenamiento en habilidades se centran en enseñar a las personas deprimidas habilidades que puedan emplear para cambiar los patrones problemáticos de interacción con el ambiente, así como las habilidades que necesitan para mantener estos cambios después de haber terminado la terapia. Las intervenciones específicas del entrenamiento en habilidades varían de caso a caso; van desde programas muy estructurados y estandarizados a procedimientos diseñados individualmente *ad hoc*.

Al elegir métodos de autocontrol, hemos hecho un uso considerable de los procedimientos y técnicas descritos por Goldfried y Merbaum (1973), por Mahoney y Thoresen (1974), por Thoresen y Mahoney (1974) y por Watson y Tharp (1972). El libro de Lakein (1973), *Cómo conseguir el control de tu tiempo y de tu vida*, es útil también porque presenta un formato sistemático para organizar el tiempo y las actividades, de modo que permite cumplir con las responsabilidades y tener además tiempo para actividades agradables.

Las tácticas que tienen como objetivo permitir que el paciente cambie la calidad y la cantidad de sus relaciones interpersonales cubren normalmente tres aspectos de la conducta interpersonal: aserción, estilo interpersonal de la conducta expresiva y actividad social.

Las habilidades cognitivas tratan de facilitar cambios en la forma en que los pacientes piensan sobre la realidad. Puede identificarse claramente que el *locus* de control sobre los pensamientos se encuentra en el paciente, puesto que sólo éste puede observar sus pensamientos.

Las habilidades de control del estrés incluyen el entrenamiento en relajación (Benson, 1975; Rosen, 1977).

Cada persona deprimida es única y, por lo tanto, las tácticas de tratamiento deben ser flexibles. Por consiguiente, para ayudar a los terapeutas a llevar a cabo tácticas específicas, hemos desarrollado varios manuales del terapeuta. Estos manuales se llaman *Aumenta los acontecimientos agradables y disminuye los desagradables* y *Disminuye los acontecimientos desagradables y aumenta los agradables*¹.

Tal como indican los títulos, la primera parte del tratamiento se dedica a ayudar al paciente a disminuir la frecuencia, y la aversión subjetiva, de los acontecimientos desagradables en su vida. La segunda fase se concentra en aumentar las actividades agradables.

El tratamiento se divide en 12 sesiones. Las primeras cinco sesiones se cen-

¹ Este manual puede obtenerse a precio de costo escribiendo a Peter M. Lewinsohn, Ph.D., Oregon Research Institute, 1715 Franklin Boulevard, Eugene, Oregon 97403-1983, EE UU.

tran en disminuir la frecuencia y la aversión de los acontecimientos desagradables. Las segundas cinco sesiones se dedican a aumentar la frecuencia y el disfrute de las actividades agradables. El objetivo de la sesión final de tratamiento consiste en fomentar la capacidad del paciente para mantener su nivel de estado de ánimo y prevenir la depresión futura. Cada sesión presenta actividades específicas para el terapeuta y para el paciente con el fin de alcanzar estos objetivos. Se sugieren límites temporales para cada actividad. Cualquier tiempo extra debería emplearse en otras preocupaciones del paciente.

Se utilizan diferentes procedimientos para alcanzar los objetivos del tratamiento. Incluyen el registro diario, el entrenamiento en relajación, el vérselas con los acontecimientos aversivos y el aumentar las actividades agradables.

IV.1.1. Primer paso: El registro diario

Enseñamos a los pacientes, en primer lugar, a poner en forma de gráficos y a interpretar sus datos de registro diario. Parecen entender de forma intuitiva la relación entre acontecimientos desagradables y estado de ánimo. Pero la covariación entre los acontecimientos agradables y el estado de ánimo es normalmente un descubrimiento para los pacientes. El *observar* estas relaciones sobre una base diaria impresiona notablemente a los mismos, descubriendo que la cantidad y la calidad de sus interacciones diarias tienen un impacto importante sobre su depresión. Ésta ya no es una fuerza misteriosa, sino una experiencia que puede entenderse. Los gráficos y su interpretación proporcionan a los pacientes un marco para comprender su depresión y sugieren formas de tratar con ella. El registro de acontecimientos específicos ayuda a los sujetos a centrarse en el afrontamiento de aspectos desagradables determinados de su vida diaria y, de igual importancia, hace que se den cuenta del rango de experiencias agradables que les son potencialmente accesibles. Los pacientes, en un sentido muy real, aprenden a diagnosticar su propia depresión.

IV.1.2. Segundo paso: El entrenamiento en relajación

La explicación para el entrenamiento en relajación se introduce al final de la primera sesión. Se indica a los pacientes cómo la tensión puede exacerbar la aversión de situaciones desagradables y cómo interfiere con el disfrute de las actividades agradables. Al final de la primera sesión, se le da al paciente la tarea de leer un folleto (p. ej., «Cómo aprender a relajarse profundamente») o de un libro (p. ej., Benson, 1975; Rosen, 1977) y se le enseña a familiarizarse con los principales grupos de músculos y cómo tensarlos y relajarlos. Gran parte de la segunda sesión se dedica a la relajación muscular progresiva con el fin de mostrar a los pacientes el grado de relajación que pueden sentir. Se anima al paciente a que practique la relajación dos veces al día y que lleve un registro sobre la misma. Tareas posteriores implican el identificar las situaciones específicas en las que se sienten tensos.

IV.1.3. Tercer paso: Vérselas con los acontecimientos aversivos

La terapia pasa luego a enseñar a los pacientes a enfrentarse con los acontecimientos aversivos. Los pacientes sobrerreaccionan a menudo ante los acontecimientos desagradables y permiten que interfieran con el disfrute de las actividades agradables. Por consiguiente, el entrenamiento en relajación se introduce pronto en el tratamiento con el objetivo de enseñar a los pacientes a estar más relajados en general, pero especialmente en las situaciones específicas en que se sientan tensos.

El componente "disminución de los acontecimientos desagradables" continúa indicando un pequeño número de interacciones o situaciones negativas que desencadenan la disforia del paciente. Con el fin de reducir la aversión de estas situaciones, el terapeuta dispone de un amplio rango de tácticas, que podría incluir enseñar a los pacientes a tener conscientemente pensamientos más positivos y constructivos entre el acontecimiento activante y el sentimiento de disforia; a aprender a no tomarse las cosas de manera personal; a prepararse para los encuentros aversivos; a aprender a utilizar las autoinstrucciones; a enfrentarse al fracaso; y a aprender otras formas de tratar más adaptativamente las situaciones aversivas. Estas tácticas se describen en mayor medida en Beck *et al.* (1979), Ellis y Murphy (1975), Kranzler (1974), Mahoney (1974), Meichenbaum y Turk (1976), y Novaco (1977).

IV.1.4. Cuarto paso: Manejo del tiempo

La planificación diaria y el entrenamiento en el manejo del tiempo es otra táctica general incluida en este módulo. En esta fase, hacemos que los pacientes lean y hagan un empleo considerable de capítulos seleccionados del libro *Cómo controlar tu tiempo y tu vida* de Lakein (1973).

Los individuos deprimidos normalmente hacen un mal uso de su tiempo, no planifican las cosas con antelación y, por consiguiente, no arreglan las cosas (p. ej., conseguir una niñera) para aprovechar las oportunidades agradables que se presenten. El entrenamiento tiene también como objetivo ayudar a los pacientes a lograr un mejor *equilibrio* entre las actividades que quieren realizar y las actividades que piensan que tienen que hacer. Utilizando una programación diaria del tiempo, se pide a los pacientes que planifiquen con anterioridad cada día y cada semana. Inicialmente, esta planificación se hace dentro de las sesiones con la ayuda del terapeuta; se espera que gradualmente los pacientes hagan la planificación en casa.

IV.1.5. Quinto paso: Aumento de las actividades agradables

La planificación diaria es útil también para programar acontecimientos agradables específicos, que se convierten en el centro de la siguiente fase del módulo.

Al ayudar a los pacientes a aumentar su tasa de implicación en actividades agradables, se pone el énfasis en plantear objetivos concretos para conseguir ese aumento y para desarrollar planes específicos sobre las cosas que harán los pacientes. Éstos comienzan evaluando sus estados de ánimo y registrando la ocurrencia de las actividades agradables y desagradables en sus Programas de Actividades sobre una base diaria. Continúan con este registro diario mientras dura el tratamiento.

Para registrar la ocurrencia de los acontecimientos, los pacientes emplean una escala de tres puntos para cada uno de los 80 acontecimientos agradables de su programa personalizado: 0 - no ocurrió hoy; 1 - ocurrió, pero fue neutro; y 2 - ocurrió y fue agradable. Los pacientes tienen una escala similar para los acontecimientos desagradables en su programa, excepto que indican si el acontecimiento fue neutro o desagradable en el caso de que hubiera ocurrido. Esto proporciona fácilmente puntuaciones para los acontecimientos agradables y desagradables experimentados ese día. La puntuación media de los acontecimientos agradables en una población normal es de 17,6 con una desviación típica de 10,3. La puntuación media de los acontecimientos desagradables en una población normal es de 5,1 con una desviación típica de 3,9. La frecuencia diaria de los distintos acontecimientos proporciona una retroalimentación inmediata sobre el impacto del tratamiento para cumplir los objetivos intermedios del mismo de modificar la tasa global de acontecimientos reforzantes y punitivos.

El programa de actividades de una persona puede construirse a partir de sus respuestas en el PES y en el UES. El programa de cada paciente incluye 80 de los acontecimientos que evaluó como más agradables y 80 de las actividades que evaluó como más aversivas. Los programas de actividad pueden crearse de una de las siguientes maneras: a. A partir de las respuestas del paciente en el PES y en el UES, listando los acontecimientos desagradables evaluados por el paciente como más aversivos y los acontecimientos agradables evaluados como más apetitivos; o b. Utilizando la muestra de programas de actividades que se muestra en la figura 16.2. Los acontecimientos incluidos en estas listas son los que se han encontrado que están relacionados con el estado de ánimo en una gran parte de la población (Lewinsohn y Amenson, 1978).

Se enseña al paciente a que siga la pista a la ocurrencia diaria y al nivel de agrado o desagrado de 160 actividades y a su estado de ánimo diario. Basándose en estas respuestas, el paciente representa en gráficos su tasa de realización de actividades agradables y desagradables y el estado de ánimo, con el fin de observar la relación entre sus actividades y su estado de ánimo diario. Éste se evalúa utilizando una escala de 9 puntos que va desde 1 = muy feliz hasta 9 = muy deprimido. Una muestra del formato de evaluación del estado de ánimo se muestra en la figura 16.3. Los gráficos para seguir la pista a las actividades y al estado de ánimo se incluyen en el manual de tratamiento.

Se proporciona a los pacientes retroalimentación sobre su tasa de implicación y el grado de disfrute de las actividades agradables y desagradables y la relación con su estado de ánimo. Se les da también retroalimentación sobre las actividades o acontecimientos específicos que correlacionan mejor con su estado de ánimo. Esto proporciona más información para indicar actividades especifi-

FIGURA 16.2. Programa de actividades

Parte A
Nombre _____ Fecha _____
Por favor, anota dentro del paréntesis los ítems que se correspondan con las actividades de este día. Sólo se deben marcar las actividades que fueron al menos algo agradables.

Actividad	Frecuencia (anota)	Actividad	Frecuencia (anota)
1. Reírse	()	40. Escuchar los sonidos de la naturaleza	()
2. Estar relajado/a	()	41. Observar animales salvajes	()
3. Hablar sobre otras personas	()	42. Conducir con habilidad	()
4. Pensar sobre algo bueno del futuro	()	43. Hablar sobre deportes	()
5. Conseguir que la gente muestre interés en lo que digo	()	44. Conocer a alguien del mismo sexo	()
6. Estar con amigos	()	45. Planificar viajes o vacaciones	()
7. Comer bien	()	46. Comer con amigos o colaboradores	()
8. Resorzar a re puro	()	47. Estar con animales	()
9. Ver un hermoso panorama	()	48. Ir a una fiesta	()
10. Pensar en la gente que me agrada	()	49. Sentarse al sol	()
11. Tener una conversación franca y abierta	()	50. Ser abrazado por gente a quien admiro	()
12. Llevar ropa limpia	()	51. Hacer un proyecto a mi manera	()
13. Tomar café, té, un refresco, etc. con los amigos	()	52. Que me digan que me necesitan	()
14. Llevar ropa informal	()	53. Observar a hombres o mujeres atractivos	()
15. Ser reconocido como sexualmente atractivo	()	54. Que me digan que me quieren	()
16. Estar tranquilo y en paz	()	55. Ver a viejos amigos	()
17. Sonreír a la gente	()	56. Quedarse hasta tarde	()
18. Dormir bien por la noche	()	57. Haraganear	()
19. Sentir la presencia de Dios en mi vida	()	58. Ir en tren o en un coche de playa	()
20. Besar	()	59. Acercar/acrazar	()
21. Hacer bien un trabajo	()	60. Escuchar música	()
22. Tener una charla amena	()	61. Visitar a amigos	()
23. Ver que suceden cosas buenas a la familia o a los amigos	()	62. Que me inviten otras personas	()
24. Ser popular en una reunión	()	63. Ir a un restaurante	()
25. Decir algo claramente	()	64. Hablar sobre filosofía o religión	()
26. Leer historias, novelas, poemas u obras de teatro	()	65. Center solo	()
27. Planificar u organizar algo	()	66. Pensar sobre mí mismo o mis problemas	()
28. Aprender a hacer algo nuevo	()	67. Resolver un problema, un puzzle, un crucigrama	()
29. Hacer cumplidos o alabar a alguien	()	68. Terminar una tarea difícil	()
30. Divertir a la gente	()	69. Tener una idea original	()
31. Estar con alguien a quien quiero	()	70. Beber en compañía	()
32. Cosechar a la gente	()	71. Que me den masaje o me froten la espalda	()
33. Hacer un nuevo amigo	()	72. Conocer a alguien del sexo opuesto	()
34. Recibir cumplidos o que me digan que lo he hecho bien	()	73. Estar en el campo	()
35. Expresar mi amor a alguien	()	74. Ver u oír una flor o una planta	()
36. Tener relaciones sexuales con un miembro del sexo opuesto	()	75. Que me digan ayuda o consejo	()
37. Tener tiempo libre	()	76. Hacer las tareas de la casa o la colada, limpiar cosas	()
38. Ayudar a alguien	()	77. Dormir hasta tarde	()
39. Que los amigos me vengán a visitar	()	78. Jugar en la arena, en el césped, etc.	()
		79. Estar con gente alegre	()
		80. Mirar a las estrellas o a la luna	()

Fuente: P. M. Lewinsohn, J. M. Sullivan, y S. J. Grosscup (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. En A. J. Rush (dir.), *Short term psychotherapies for the depressed patient*. Nueva York: Guilford.

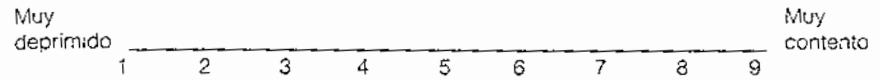
Parte B Fecha _____
 Noír cre. Sólo se de-
 Per favor, anota dentro de paréntesis los ítems que se correspondan con las actividades de este día. ben marcar las actividades que fueron al menos algo agradables

Actividad	Frecuencia (anota)	Actividad	Frecuencia (anota)
1. Estar insatisfecho/a con mi pareja	()	43. Estar lejos de alguien a quien duero	()
2. Trabajar en algo cuando estoy cansado	()	44. Escuchar quejarse a la gente	()
3. Discusiones con la pareja	()	45. Tener un amigo o un familiar que vive en ambientes poco satisfactorios	()
4. Estar incapacitado	()	46. Saber que un amigo mismo o un familiar cercano trabajan en condiciones adversas	()
5. Tener una enfermedad poco importante (dolor de muelas, ataque de alergia, resfriado, gripe, resaca, acceso de acné, etc.)	()	47. Enterarse de noticias locales, nacionales o internacionales (corrupción, decisiones del gobierno, etc.)	()
6. Que mi pareja este insatisfecho conmigo	()	48. Estar solo	()
7. Trabajar en algo que no me gusta	()	49. Castigar a un niño	()
8. Que me pongan notas o que me eviten	()	50. Decir algo poco claro	()
9. Tener demasiado que hacer	()	51. Mentir a alguien	()
10. Darle cuenta de que no puedo hacer lo que pensaba que sí podía	()	52. Respirar aire contaminado	()
11. Hacer un examen	()	53. Que me pregunten algo que no puedo o no quiero contestar	()
12. Buscar un trabajo	()	54. Tener un tiempo muy caluroso	()
13. Dejar una tarea sin terminar, acórzar una decisión	()	55. Que me desorienten cuando estoy intentando dormir	()
14. Trabajar en algo que no me importa	()	56. Hacer algo embarazoso delante de los demás	()
15. Que me metan prisa	()	57. Ser torpe (caer o derramar algo, tropezar con algo, etc.)	()
16. Estar cerca de gente desagradable (borrachos, fanáticos, desconsiderados, etc.)	()	58. Recibir información contradictoria	()
17. Que a alguien no esté de acuerdo conmigo	()	59. Que amigos o miembros de mi familia hagan algo que me avergüenza	()
18. Que me insulten	()	60. Que me excluyan o me marginen	()
19. Que se haya pasado el plazo de un proyecto o de una tarea	()	61. Perder o no saber dónde he puesto algo (la cartera, las llaves, etc.)	()
20. Estropear algo o hacer que funcione mal (el coche, los electrodomésticos, etc.)	()	62. Saber que a quien no se detendrá ante nada con tal de avanzar en su camino	()
21. Vivir en un lugar sucio o desordenado	()	63. Estar en un lugar sucio o polvoriento	()
22. El mal tiempo	()	64. No tener tiempo suficiente para estar con gente que me importa (pareja, amigos/a, familia)	()
23. No tener dinero suficiente para gastos extras	()	65. Cometer un error (en los deportes, en el trabajo, etc.)	()
24. Suspending en algo	()	66. Quedarme sin dinero	()
25. Ver animales que se comportan mal (montar un follón, perseguir a los conejos, etc.)	()	67. Que un amigo o un familiar tenga un problema de salud mental	()
26. No tener privacidad	()	68. Perder un amigo	()
27. Comer una comida que no me gusta	()	70. Escuchar a alguien en que no para de hablar, que no puede mantenerse en un tema o que habla sólo sobre un asunto	()
28. Trabajar bajo presión	()	71. Vivir con un familiar o un compañero de cuarto que tiene mala salud física o mental	()
29. No funcionar en atletismo	()	72. Estar con gente triste	()
30. Hechar con una persona desagradable (terca, poco razonable, agresiva, engraiada, etc.)	()	73. Que la gente ignore lo que he dicho	()
31. Darle cuenta de que alguien a quien quiero y yo nos estamos distanciando	()	74. Estar molesto físicamente (estar mareado, resfriado, estirado, tener dolor de cabeza, sufrir un examen rector, tener hipo, etc.)	()
32. Hacer algo que no quiero hacer con el fin de complacer a otra persona	()	75. Que alguien que me importa falle en algo (los estudios, el trabajo) que es importante para él	()
33. Hacer mal un trabajo	()	76. Estar con gente que no comparte mis intereses	()
34. Enterarme de que un amigo o un familiar se ha puesto enfermo, le han hospitalizado o necesitan operarle	()	77. Que alguien me deba dinero o alguna otra cosa que es mía	()
35. Que me digan lo que tengo que hacer	()	78. Que alguien que conozco beba, esnife o consuma drogas	()
36. Conducir bajo condiciones adversas (mucho tráfico, mal tiempo, por la noche, etc.)	()	79. Que no me entiendan o me entiendan mal	()
37. Tener un gasto importante inesperado (factura de arreglo del coche, reparaciones de la casa, etc.)	()	80. Que me fuerden a hacer algo	()
38. Que amigos o miembros de mi familia hagan algo que desaprueto (abandonar los estudios, beber, consumir drogas, etc.)	()		
39. Enterarme que alguien está enfadado conmigo o quiere hacerme daño	()		
40. Que me engañen, me mientan o se burlen de mí	()		
41. Que me regañen	()		
42. Que me molesten con papeleo, asuntos administrativos, etc.	()		

FIGURA 16.3. Una escala visual para la depresión

Formato de evaluación del estado de ánimo diario

Por favor, evalúa el estado de ánimo de cada día (lo bien o lo mal que te has sentido) utilizando la escala de 9 puntos que se muestra. Si te sentiste muy bien (mejor que nunca), anota un 9. Si te sentiste muy mal (peor que nunca), marca un 1. Si el día fue 'más o menos' (o una mezcla), marca un 5. Si te sentiste peor que 'más o menos', marca un número del 2 al 4. Si te sentiste mejor que 'más o menos', marca un número del 6 al 9. Recuerda que un número bajo significa que te sentiste mal y un número alto que te sentiste bien.



Anota la fecha en la que empezaste las evaluaciones de tu estado de ánimo en la segunda columna y la puntuación de tu estado de ánimo en la tercera columna

Día de registro	Fecha	Puntuación del estado de ánimo	Día de registro	Fecha	Puntuación del estado de ánimo
1			16		
2			17		
3			18		
4			19		
5			20		
6			21		
7			22		
8			23		
9			24		
10			25		
11			26		
12			27		
13			28		
14			29		
15			30		

Fuente: P. M. Lewinsohn, J. M. Sullivan y S. J. Grosscup, S. J. (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. En A. J. Rush (dir.), *Short term psychotherapies for the depressed patient*. Nueva York: Guilford.

cas que el paciente puede aumentar o disminuir para conseguir un estado de ánimo óptimo.

El tratamiento incluye proporcionar a los individuos ayuda para planificar su vida diaria de forma que minimice la tasa de implicación en acontecimientos desagradables, que optimice la tasa de implicación en actividades agradables y que logre un mejor equilibrio entre las dos.

Al final del tratamiento, el terapeuta y el paciente desarrollan un programa de mantenimiento/prevención que este último tiene que llevar a cabo después de la terminación del tratamiento. Dicho programa podría incluir el realizar un esfuerzo activo para continuar con las conductas y habilidades aprendidas durante el tratamiento, así como una comprobación periódica (por medio del registro diario) de las actividades agradables y desagradables y el nivel de estado de ánimo diario. Igualmente, al final del tratamiento, el paciente debería tener una clara comprensión de las actividades que experimenta como especialmente agradables y que correlacionan con el sentirse bien; y de aquellos acontecimientos que experimenta como especialmente aversivos y que correlacionan con el estado de ánimo deprimido. Además, debería haber desarrollado habilidades que le permitieran controlar su estado de ánimo aumentando las actividades agradables y disminuyendo la tasa de ocurrencia de los acontecimientos desagradables. Debería también haber desarrollado un plan para mantener los beneficios del tratamiento fuera de la clínica.

Lewinsohn y colaboradores informaron que este programa para disminuir las actividades desagradables y aumentar la implicación en actividades agradables fue eficaz en la reducción de los niveles de depresión (véanse también Hammen y Glass, 1975; Zeiss, Lewinsohn y Muñoz, 1979).

IV.2. *Terapia de habilidades sociales*

Teniendo en cuenta el hallazgo consistente de las escasas habilidades sociales de las personas deprimidas (p. ej., Gotlib, 1982; Libet y Lewinsohn, 1973; Youngren y Lewinsohn, 1980), una serie de investigadores (p. ej., Sánchez, Lewinsohn y Larson, 1980) han descrito programas de tratamiento de orientación conductual para la depresión que se centran explícitamente en el entrenamiento de las habilidades sociales. Uno de esos programas de tratamiento para la depresión ha sido descrito por Becker, Heimberg y Bellack (p. ej., Becker y Heimberg, 1985; Becker, Heimberg y Bellack, 1987; Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981). Este programa está basado en las siguientes suposiciones:

1. La depresión es el resultado de un programa inadecuado de refuerzo positivo contingente con la conducta no depresiva de la persona.
2. Una parte sustancial de los refuerzos positivos más importantes en el mundo adulto son de naturaleza interpersonal.
3. Una parte significativa de las recompensas en la vida adulta puede entregarse o negarse, contingentemente con la conducta interpersonal de la persona.

4. Por consiguiente, un tratamiento que ayude al paciente deprimido a aumentar la calidad de su conducta interpersonal debería actuar para incrementar la cantidad de refuerzo positivo contingente a la respuesta y, en consecuencia, disminuir el afecto depresivo y aumentar la tasa de "conducta no depresiva" (Becker y Heimberg, 1985, p. 205).

Becker y Heimberg sugieren que la conducta interpersonal inadecuada puede deberse a una serie de factores, como la exposición insuficiente a modelos interpersonalmente habilidosos, el aprendizaje de conductas interpersonales desadaptativas, oportunidades insuficientes para practicar hábitos interpersonales importantes, la disminución progresiva de las habilidades conductuales específicas debida a la falta de utilización y el fracaso en reconocer las señales ambientales para conductas interpersonales específicas.

El programa de entrenamiento se centra principalmente en tres repertorios conductuales específicos que parecen ser especialmente relevantes para los individuos deprimidos: la aserción negativa, la aserción positiva y las habilidades de conversación. La aserción negativa implica a conductas que permiten que las personas defiendan sus derechos y actúen según sus intereses. La aserción positiva se refiere a la expresión de sentimientos positivos sobre otras personas, como el afecto, la aprobación, la alabanza y el aprecio, así como presentar las disculpas apropiadas. El entrenamiento en habilidades de conversación incluye iniciar conversaciones, hacer preguntas, realizar autorrevelaciones apropiadas y terminar las conversaciones adecuadamente. En todas estas áreas, se entrena directamente la conducta de los pacientes deprimidos y se les proporciona también entrenamiento en percepción social. Se anima a los pacientes a que practiquen las habilidades y las conductas a lo largo de diferentes situaciones.

El tratamiento tiene lugar a lo largo de 12 sesiones de una hora a la semana, en donde los pacientes reciben entrenamiento en las cuatro áreas problema descritas anteriormente. A estas sesiones de tratamiento les sigue de seis a ocho sesiones de mantenimiento a lo largo de un período de seis meses, sesiones en las que el énfasis está puesto en la revisión y solución de problemas. Bellack y sus colaboradores (p. ej., Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1983; Hersen *et al.*, 1984) han demostrado la eficacia de este enfoque en el tratamiento de la depresión. Los resultados de esos estudios indican que el entrenamiento en habilidades sociales es más eficaz que la medicación psicotrópica y que la psicoterapia de orientación introspectiva para aumentar el nivel de habilidad social. Además, los beneficios obtenidos por los pacientes en los grupos de entrenamiento en habilidades sociales se mantenían en un seguimiento de seis meses.

McLean (1976, 1981) ha descrito un enfoque similar para el tratamiento de la depresión que se centra también en el entrenamiento de las habilidades sociales. Debido a que McLean considera que la depresión es el resultado de la pérdida de control percibida por parte de los individuos sobre su ambiente interpersonal, el tratamiento que propone para la depresión tiene como objetivo el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento. McLean presenta un programa de tratamiento estructurado, de tiempo limitado, dirigido a la mejora de las conductas sociales que son incompatibles con la depresión. Se emplea la

práctica graduada y el modelado para obtener mejorías en las siguientes seis áreas de habilidades: comunicación, productividad conductual, interacción social, asertividad, toma de decisiones y autocontrol cognitivo. Se requiere que los pacientes realicen actividades diarias para el desarrollo de las habilidades y que empleen hojas con un formato estructurado para registrar sus logros. Se prepara también a los pacientes para la experiencia de futuros episodios depresivos y se establecen y ensayan con el paciente planes de contingencia para el afrontamiento.

McLean y Hakstian (1979) evaluaron la eficacia de este tratamiento conductual con 178 pacientes ambulatorios con depresión unipolar, asignados al azar a cuatro condiciones de tratamiento: terapia de conducta, psicoterapia "tradicional" de orientación introspectiva, entrenamiento en relajación y amitriptilina. Los datos que presentan McLean y Hakstian (1990) en un seguimiento de dos años indican que la terapia de conducta fue superior a los otros tratamientos y que este patrón de resultados es estable: a lo largo de un periodo de 27 meses de seguimiento, se encontró que los pacientes de la condición de terapia de conducta habían mejorado significativamente su estado de ánimo, eran más activos socialmente y más productivos personalmente que los pacientes de las otras condiciones de tratamiento, especialmente de la condición de entrenamiento en relajación.

IV.3. *Terapia de autocontrol*

La terapia de autocontrol, desarrollada a partir del modelo de autocontrol de Rehm (1977) sobre la depresión, enfatiza el logro progresivo de objetivos, el autorrefuerzo y las estrategias de control de las contingencias, y la productividad conductual (Antonuccio *et al.*, 1989). Como señalamos anteriormente, el modelo de autocontrol plantea que la depresión está asociada a los déficit en el autorregistro, en la autoevaluación y en el autorrefuerzo. Por consiguiente, estas áreas de funcionamiento son el centro de la terapia de autocontrol. Esta terapia se presenta como un tratamiento estructurado, de tiempo limitado y en formato grupal. Consta de seis a doce sesiones divididas en tres partes, cada una de ellas centrándose en una de las tres áreas deficitarias descritas anteriormente. Con respecto al autorregistro, se requiere que los pacientes lleven un registro diario y representen de forma gráfica las experiencias positivas y su estado de ánimo asociado. En la fase de autoevaluación, se enseña a los pacientes a desarrollar objetivos específicos, manifiestos y alcanzables en términos de actividades positivas y productividad conductual. Además, los pacientes asignan puntos a estos objetivos y conservan una cuenta de los puntos conforme van logrando sus metas. Finalmente, se enseña a los pacientes a identificar los reforzadores y a administrarse estas recompensas cuando logran sus objetivos específicos.

Rehm ha demostrado la eficacia de este tratamiento de autocontrol para la depresión en una serie de estudios. En una de las primeras evaluaciones de esta terapia, Fuchs y Rehm (1977) informaron que el tratamiento de autocontrol era más eficaz que una terapia de grupo no específica o que una condición control de lista de espera para reducir la depresión en una muestra de mujeres clínicamente

mente deprimidas. Rehm *et al.* (1979) informaron posteriormente que la terapia de autocontrol era más eficaz en el tratamiento de los pacientes deprimidos que el entrenamiento en asertividad (véase también Roth *et al.*, 1982). Curiosamente, Rehm (1990) señala que la eficacia de su tratamiento no depende de la inclusión de los tres componentes; los resultados no parecen modificarse por la omisión de las partes de autoevaluación o de autorrefuerzo del programa. Finalmente, Rehm señala también que esta terapia parece ser igualmente eficaz para alterar los aspectos cognitivos y conductuales de la depresión, sugiriendo una falta de especificidad de los efectos del tratamiento (Zeiss *et al.*, 1979).

IV.4. *Terapia de solución de problemas*

El modelo de solución de problemas para la depresión (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989) se centra en las relaciones entre los principales acontecimientos negativos de la vida, los problemas actuales, el afrontamiento por medio de la solución de problemas y la sintomatología depresiva. Así, las estrategias y los procedimientos de tratamiento que se han desarrollado a partir de este modelo están diseñados para reducir la sintomatología depresiva por medio del entrenamiento en habilidades de solución de problemas. Nezu *et al.* (1989) plantean cuatro objetivos de la terapia de solución de problemas para los individuos deprimidos: 1) ayudarles a identificar las situaciones de su vida anteriores y actuales que pueden ser antecedentes de un episodio depresivo; 2) minimizar el impacto negativo de los síntomas depresivos sobre los intentos de afrontamiento actuales y futuros; 3) aumentar la eficacia de los esfuerzos de solución de problemas en el afrontamiento de las situaciones actuales, y 4) enseñar habilidades generales para vérselas más eficazmente con futuros problemas. Se incluye también el entrenamiento en el mantenimiento y generalización en este programa.

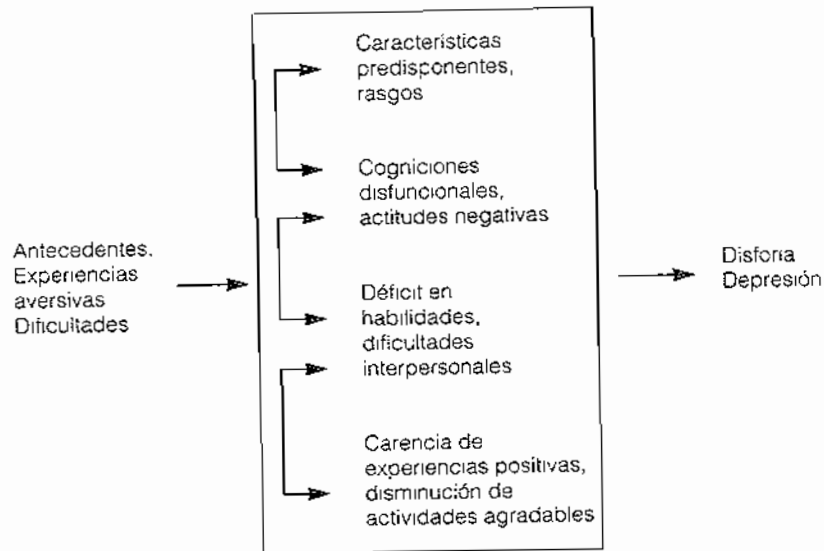
La terapia de solución de problemas de Nezu *et al.* (1989) consiste en un programa de intervención de 10 semanas en el que emplean técnicas terapéuticas tales como la instrucción, el modelado, el ensayo conductual, las tareas para casa, el moldeamiento, el refuerzo y la retroalimentación para aumentar la capacidad de solución de problemas y disminuir la sintomatología depresiva. Los resultados de varios estudios sugieren que la terapia de solución de problemas puede ser eficaz para el tratamiento de la depresión (Nezu, 1986; Nezu y Perri, 1989).

IV.5. *La terapia de conducta cognitiva*

El enfoque cognitivo-conductual de tratamiento se basa en los modelos más recientes de las teorías conductuales de la depresión (Lewinsohn *et al.*, 1985) e incluye elementos descritos anteriormente para el aumento de las actividades agradables, para la disminución de acontecimientos desagradables y para el entrenamiento de habilidades sociales e interpersonales, en combinación con la terapia cognitiva de Beck (Beck *et al.*, 1979). Se dispone de un manual específico

de tratamiento (Hautzinger, Stark y Treiber, 1992). La explicación que se encuentra detrás de esta intervención se ilustra por medio de la figura 16.4. La depresión se ve como el resultado de varios factores, incluyendo las experiencias aversivas y los problemas crónicos (antecedentes), que tienen como consecuencia la disforia y la depresión si un sujeto muestra vulnerabilidades predisponentes, procesos cognitivos negativos, déficit de habilidades sociales e interpersonales, una falta de experiencias positivas, y una disminución de las actividades y refuerzos positivos. En consecuencia, el enfoque cognitivo-conductual se centra en la programación de actividades para aumentar las actividades reforzantes, en la representación de papeles y en el entrenamiento en habilidades sociales, en la reestructuración cognitiva, y en la influencia del pensamiento automático negativo y de las suposiciones disfuncionales básicas.

FIGURA 16.4. Modelo explicativo para la terapia de la depresión



Fuente: M. Hautzinger, W. Stark, y R. Treiber (1992). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

La eficacia de este enfoque se puso a prueba recientemente en dos estudios, a gran escala y realizados en diferentes centros, de pacientes con un diagnóstico de depresión mayor, con y sin cumplir los criterios de melancolía según el *DSM-III-R* (Hautzinger, 1993; Hautzinger *et al.*, 1992; DeJong-Meyer *et al.*, 1992). El primer estudio evaluó la eficacia de la terapia cognitivo-conductual en comparación con un tratamiento farmacológico estándar (amitriptilina) y con la combinación de drogas y terapia de conducta cognitiva. En conjunto, se trataron 191

pacientes depresivos unipolares (depresión mayor o distimia) bien como pacientes ambulatorios o bien como pacientes internos a lo largo de ocho semanas de tratamiento activo, realizándose un seguimiento de un año. Los tres tratamientos eran igual de eficaces en la disminución de la sintomatología depresiva. En un seguimiento de un año, el grupo farmacológico había recaído más a menudo y mostraba un mayor nivel de síntomas depresivos. Esta diferencia era más pronunciada en el grupo de pacientes ambulatorios. Curiosamente, la gravedad de la sintomatología en el pretratamiento no tuvo una influencia diferencial sobre los resultados. Finalmente, había una tasa de abandonos mucho mayor y una tasa de respuesta menor en la condición de sólo fármacos.

El segundo estudio incluía únicamente pacientes con depresión unipolar que cumplían los criterios del *DSM-III-R* para la melancolía (depresión endógena). Los 155 pacientes ambulatorios e internos se asignaron aleatoriamente bien a un tratamiento farmacológico estándar (amitriptilina) más apoyo psicológico o bien a la combinación de tratamiento farmacológico y terapia de conducta cognitiva. Desafortunadamente, y de acuerdo con consideraciones éticas, no fue posible incluir una condición sin fármacos en este estudio. Uno de los objetivos de esta investigación era comprobar la hipótesis de que, con respecto al tratamiento farmacológico sólo, un tratamiento combinado era más eficaz para reducir los síntomas depresivos y para mantener un nivel de funcionamiento libre de síntomas en un período más prolongado. Los resultados de este estudio indicaron que ambos tratamientos eran igual de eficaces, produciéndose ventajas para el tratamiento combinado en el seguimiento de un año. De nuevo, este efecto en el seguimiento no era significativo para el grupo de pacientes internos.

IV.6. La terapia marital/familiar

Teniendo en cuenta la asociación consistente descrita anteriormente entre depresión y problemas en el funcionamiento marital y familiar, no es sorprendente que se hayan desarrollado una serie de terapias con el objetivo simultáneo de reducir los niveles de depresión y mejorar las relaciones maritales/familiares. Las intervenciones maritales/familiares se han revisado detenidamente en otros trabajos (p. ej., Gotlib, Wallace y Colby, 1990; Gotlib y Beach, 1995), por lo que simplemente anotaremos que algunos estudios recientes han aportado pruebas de la eficacia de la terapia marital o familiar de orientación conductual para la depresión.

Por ejemplo, O'Leary y Beach (1990) asignaron aleatoriamente parejas, con la mujer deprimida, a terapia cognitiva individual (TC), a terapia marital conductual conjunta (TMC) o a una condición de lista de espera de 15 semanas. En las evaluaciones realizadas al terminar la terapia y a un año de seguimiento, O'Leary y Beach encontraron que la TC y la TMC eran igual de eficaces para reducir la sintomatología depresiva. Sin embargo, se encontró que sólo la TMC era eficaz para mejorar la relación marital. Al terminar la terapia, sólo el 25% de las personas que recibió la TC, comparado con el 83% de los que recibían TMC, tenía al menos un aumento de 15 puntos en una medida de adaptación marital del pre-

tratamiento al postratamiento. El mismo patrón general de resultados se mantuvo en el seguimiento. Los resultados de este estudio sugieren que la terapia marital puede reducir con eficacia la sintomatología depresiva, mientras que al mismo tiempo mejora la satisfacción marital, al menos en aquellas parejas en las que se da la depresión y el conflicto marital (O'Leary, Risso y Beach, 1990).

Jacobson *et al.* (1991) han encontrado resultados similares en el tratamiento de parejas deprimidas, con conflictos maritales. De nuevo, aunque tanto la terapia cognitiva individual como la terapia marital conductual eran igual de eficaces para reducir la depresión en estas parejas, se halló que sólo la terapia marital tenía éxito para mejorar la satisfacción de la pareja. Actualmente, la ventaja de utilizar intervenciones maritales para la depresión en vez de enfoques individuales parece subyacer principalmente en su mayor eficacia para pacientes con depresión y conflictos maritales al mismo tiempo.

IV.7. El curso de afrontamiento de la depresión (CAD)

El *Curso de afrontamiento de la depresión para adultos (Coping with depression course for adults, CWD; Lewinsohn et al., 1984)* se desarrolló a partir de una serie de investigaciones tempranas (p. ej., Lewinsohn y Atwood, 1969; Lewinsohn y Shaffer, 1971; Lewinsohn y Shaw, 1969; Lewinsohn, Weinstein y Alper, 1970; Lewinsohn, Weinstein y Shaw, 1969) en las que se incluyó un grupo de tratamiento conductual para la depresión. Sin embargo, más directamente relacionado con el CAD fueron los resultados del estudio de Zeiss *et al.* (1979), que compararon la eficacia de tres tratamientos para la depresión (terapia cognitiva, aumento de las actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales). Los resultados de esta investigación indicaron que aunque los tres tratamientos eran igual de eficaces para reducir los niveles de depresión, los cambios en las variables dependientes no eran específicos al tipo de tratamiento recibido. Por ejemplo, las cogniciones de los pacientes que recibían el entrenamiento en habilidades sociales cambiaban tanto como las cogniciones de los pacientes que se encontraban en el grupo de terapia cognitiva. De igual manera, las actividades agradables de los pacientes en el tratamiento de "actividades agradables" aumentaron tanto como las de los pacientes del tratamiento cognitivo. De este modo, parece que ninguno de los tratamientos era necesario para que ocurriese el cambio terapéutico y que los efectos de los tratamientos no eran específicos, afectando a todas las áreas evaluadas del funcionamiento psicosocial que se han mostrado relacionadas con la depresión.

Sobre la base de estos resultados, Zeiss *et al.* (1979) adelantaron las siguientes hipótesis relativas a los que podrían ser los componentes esenciales para una terapia cognitivo-conductual, con éxito, de la depresión:

1. La terapia debería empezar con una explicación elaborada y bien planificada. Esta explicación tendría que proporcionar la estructura inicial que conduzca al paciente a la creencia de que puede controlar su propia conducta y, por consiguiente, cambiar su depresión.

2. La terapia debería proporcionar entrenamiento en habilidades que el paciente pudiera utilizar con el fin de sentirse más eficaz para controlar su vida diaria. Las habilidades deben tener cierta importancia para el paciente y deben encajar con la explicación que se haya presentado.
3. La terapia debería enfatizar el empleo independiente de esas habilidades por parte del paciente fuera del contexto de terapia y tiene que proporcionar una estructura suficiente para que le sea posible al paciente el conseguir habilidades independientes.
4. La terapia debería fomentar la atribución, por parte del paciente, de que la mejoría en el estado de ánimo está causada por el aumento de sus habilidades, no por la habilidad del terapeuta.

El CAD se construyó incorporando estas hipótesis. El curso (y cada una de las posteriores modificaciones para poblaciones especiales) se diseñó para ofrecerse como un programa educativo o pequeño seminario, enseñándole a la gente técnicas y estrategias para afrontar los problemas que, se supone, están relacionados con su depresión. De forma específica, el CAD aborda varias conductas objetivo (habilidades sociales, pensamiento depresogénico, actividades agradables y relajación), así como componentes más generales que se postulan como esenciales para la terapia cognitivo-conductual con éxito de la depresión (p. ej., autorregistro, establecimiento de la línea base, cambio dirigido por uno mismo).

En su configuración actual, el CAD para adultos consiste en 12 sesiones de una hora llevadas a cabo a lo largo de 8 semanas. Las sesiones tienen lugar dos veces por semana durante las cuatro primeras. Los grupos se componen normalmente de seis a diez adultos (con 18 años o más) y un único director (aunque se pueden emplear dos terapeutas). Se planifican también sesiones de seguimiento al mes y a los seis meses ("reuniones de clase") para fomentar el mantenimiento de los beneficios del tratamiento y para recoger información sobre la mejoría o las recaídas.

Las primeras dos sesiones del CAD se dedican a la presentación de las reglas del curso, a la explicación del tratamiento, al planteamiento de la depresión según el aprendizaje social y a la enseñanza de habilidades para el cambio de uno mismo. Se enseña a los participantes que el estar deprimido no significa estar "loco". Por el contrario, se plantea el concepto de que su depresión se debe a su dificultad para afrontar los acontecimientos estresantes de sus vidas. El CAD se presenta como una forma de aprender nuevas habilidades para permitir a los participantes tratar más eficazmente con los estímulos estresantes que contribuyeron a su depresión. Luego se enseñan habilidades para el cambio de uno mismo, incluyendo el registro de conductas específicas propuestas para el cambio, el establecimiento de una línea base, el plantear objetivos realistas y el desarrollo de un plan y un contrato para realizar cambios en su conducta. Las siguientes ocho sesiones se dedican a enseñarles habilidades específicas, incluyendo la relajación, el aumento de actividades agradables, el control del pensamiento irracional o negativo y habilidades sociales. Se dedican dos sesiones a enseñar cada área de habilidades.

Las sesiones de relajación se centran básicamente en el método de Jacobson

(1929), que requiere que los participantes tensen primero y luego relajen los principales grupos de músculos hasta que todo el cuerpo esté laxo. La explicación para enseñarles a relajarse descansa en la coocurrencia claramente demostrada de la depresión y la ansiedad (p. ej., Maser y Cloninger, 1990). Las sesiones de relajación tienen lugar al comienzo del CAD, ya que al ser una habilidad relativamente fácil de aprender proporciona a los participantes una experiencia inicial con éxito. Empleando el *Programa de acontecimientos agradables*, que se ha descrito anteriormente, las sesiones sobre las actividades placenteras se centran en identificar, establecer una línea base y aumentar las actividades agradables. Las sesiones de terapia cognitiva incorporan elementos de las intervenciones desarrolladas por Beck *et al.* (1979) y Ellis y Harper (1961) para identificar y cuestionar los pensamientos irracionales y negativos. Finalmente, las sesiones de habilidades sociales se centran en la aserción, en planificar más actividades sociales y en estrategias para hacer más amigos.

Las dos sesiones finales del CAD se dedican a integrar las habilidades aprendidas, a mantener los beneficios de la terapia y a prevenir las recaídas. Los participantes identifican las habilidades que encontraron más eficaces para superar su estado de ánimo deprimido. Ayudado por el terapeuta, cada participante desarrolla un "plan de emergencia" personalizado, por escrito, donde se detallan los pasos que seguirán para contrarrestar los sentimientos de depresión en el caso de que los volvieran a tener nuevamente.

Todas las sesiones se encuentran muy estructuradas y utilizan el texto *Controla tu depresión* (*Control your depression*; Lewinsohn *et al.*, 1986) y un *Cuaderno del participante* (Brown y Lewinsohn, 1979). Además, un *Manual del instructor* (Lewinsohn *et al.*, 1984) proporciona formatos, ejercicios y directrices. Cada sesión incluye una charla, el repaso de las tareas para casa, una discusión y la representación de papeles. Un descanso de 10 minutos en medio de cada sesión permite a los participantes socializarse y practicar las nuevas habilidades que han aprendido. Una característica importante del CAD es que no produce estigma. Debido a que se presenta y se lleva a cabo como una clase en vez de como una terapia, evita el rechazo y la resistencia habituales del paciente, aspectos que pueden hacer que muchos sujetos deprimidos no busquen ayuda. El curso representa también un enfoque orientado hacia la comunidad, con una buena razón coste/beneficio que intenta llegar a la gran mayoría de individuos depresivos que no hacen uso de los servicios de las clínicas y de los profesionales de la salud mental. Para una descripción más detallada del CAD, se remite el lector a Lewinsohn *et al.* (1984).

La eficacia del CAD se ha demostrado en varios estudios. Por ejemplo, Brown y Lewinsohn (1984), Steinmetz, Lewinsohn y Antonuccio (1983) y Hoberman, Lewinsohn y Tilson (1988) encontraron todos ellos que el CAD era más eficaz para el tratamiento de la depresión que una condición control de lista de espera y tan eficaz como la terapia de conducta individual. Curiosamente, Hoberman *et al.* (1988) encontraron que las percepciones positivas de la cohesión del grupo constituían un predictor significativo de los resultados del tratamiento, confirmando la eficacia del formato de grupo para este enfoque.

IV.8. Ampliaciones del CAD a diferentes poblaciones

ADOLESCENTES. Teniendo como modelo el CAD, se desarrolló el nuevo *Curso de afrontamiento de la depresión con adolescentes* (CAD-A) (*Adolescent coping with depression course, CWD-A*; Clarke, Lewinsohn y Hops, 1990). El contenido de los grupos del CAD-A, aunque similar al contenido del CAD para adultos, se ha simplificado sustancialmente, dando un mayor énfasis al aprendizaje por medio de la experiencia y menos tareas para casa. Tanto a los adolescentes como a sus padres se les da "cuadernos del participante" sencillos que incluyen tareas para casa, formatos de autorregistro, informaciones breves y lecturas. Estos cuadernos del participante se encuentran muy integrados con las sesiones de grupo. Además de las áreas de habilidades incluidas en el CAD para adultos, el CAD-A se amplió para incorporar la enseñanza de habilidades básicas de comunicación, negociación y solución de conflictos. El añadir las habilidades de comunicación se basó en las suposiciones de que la adolescencia es un período en el que muchos conflictos padres-hijos surgen cuando los adolescentes defienden la independencia con respecto a sus familias y que la solución no satisfactoria de los conflictos conduce a transacciones padres-hijos recíprocamente punitivas. La negociación específica y las técnicas de comunicación se adaptaron de materiales desarrollados por Robin (p. ej., Robin, 1979; Robin *et al.*, 1977; Robin y Weiss, 1980), Gottman (p. ej., Gottman *et al.*, 1976) y Alexander (p. ej., Alexander y Parsons, 1973; Alexander *et al.*, 1976).

El CAD-A se fundamenta en la premisa de que enseñar a los adolescentes nuevas estrategias y habilidades de afrontamiento les permitirá contrarrestar los factores supuestamente causales que contribuyen a su episodio depresivo y afrontar con más eficacia los problemas planteados por su ambiente. El tratamiento tiene como objetivo ayudar a los adolescentes a superar su depresión y permitirles que se enfrenten con eficacia a los futuros casos de supuestos factores de riesgo.

El modelo teórico subyacente de la depresión es el modelo multifactorial propuesto por Lewinsohn *et al.* (1985). Este modelo supone que existen distintos factores etiológicos y/o de riesgo que pueden contribuir al resultado final de la depresión, ninguno de los cuales son, por sí mismos, precondiciones necesarias o suficientes. Se hipotetiza que la depresión es el resultado de múltiples elementos causales que actúan de acuerdo o conjuntamente; la mezcla o combinación exacta de los factores que contribuyen difiere en los casos individuales. Se considera que la depresión ocurre dentro del contexto persona-ambiente, dándose una interacción continua y recíproca entre las variables de la persona y del ambiente. El modelo supone la existencia de *vulnerabilidades* (características de la persona que aumentan la probabilidad de llegar a deprimirse), como las cogniciones depresotípicas, vivir en ambientes estresantes y conflictivos) e *inmunidades* (características de la persona como el afrontamiento eficaz, las habilidades sociales y otras, la implicación en actividades agradables, la autoestima elevada), que reducen la probabilidad de llegar a deprimirse.

El modelo hipotetiza que el proceso depresogénico empieza con una pertur-

bación de importantes patrones de conducta adaptativos. Los acontecimientos indeseables de la vida, a niveles macro (acontecimientos vitales estresantes) y micro (conflictos diarios), son buenos ejemplos de acontecimientos que pueden causar perturbaciones serias de los patrones de conducta importantes para las interacciones diarias del individuo con el ambiente. Si esas perturbaciones conllevan un aumento de las experiencias aversivas, dan como resultado un cambio negativo de la calidad de vida de la persona. Se postula que la incapacidad para invertir esas perturbaciones conduce a la disforia y a otras manifestaciones cognitivas (p. ej., pesimismo) y conductuales (p. ej., pasividad).

El CAD-A se adaptó de la versión para adultos del CAD (Lewinsohn *et al.*, 1984). La relevancia del CAD para adolescentes deprimidos está propuesta por la investigación que indica que los adolescentes deprimidos muestran un patrón de problemas psicosociales muy similar al manifestado por adultos deprimidos (Lewinsohn *et al.*, 1994). Los aspectos importantes y únicos del curso como forma de terapia incluyen: *a.* Su naturaleza psicoeducativa, no estigmatizante. *b.* Su énfasis en el entrenamiento en habilidades para fomentar el control sobre el propio estado de ánimo y mejorar la propia capacidad para afrontar las situaciones problemáticas. *c.* El uso de actividades de grupo y de la representación de papeles, y *d.* Su coste/eficacia. Al modificar el curso para su uso con adolescentes, el material se ha simplificado con un mayor énfasis en el aprendizaje por medio de la experiencia. Las tareas para casa se han acortado y, al contrario que con el CAD para adultos, no se les asignan lecturas entre sesiones.

El CAD-A incluye 16 sesiones de dos horas que se llevan a cabo a lo largo de un período de ocho semanas para grupos de hasta diez adolescentes. Cada participante recibe un cuaderno que le proporciona lecturas breves, exámenes cortos, tareas de aprendizajes estructuradas y formatos de las tareas para casa de cada sesión. Al final de cada una de ellas, se les da a los adolescentes tareas para casa que se repasan al comienzo de la sesión siguiente. La intención de dichas tareas es que se practiquen las habilidades fuera del lugar de tratamiento, aumentando por consiguiente la probabilidad de generalización a las situaciones de la vida diaria. Aunque se ha evaluado bajo un formato de grupo, el CAD-A puede emplearse como terapia individual.

Un curso paralelo para los padres de los adolescentes deprimidos (Lewinsohn *et al.*, 1991) se deriva de los conceptos de que los padres constituyen una parte integral del sistema social del adolescente y que los conflictos no resueltos padres-adolescentes contribuyen a la aparición y al mantenimiento de los episodios depresivos. Los objetivos del curso para los padres consisten en ayudarles a acelerar el aprendizaje de las nuevas habilidades de los adolescentes con apoyo y refuerzo positivo y asistirles en el empleo de estas habilidades en las situaciones diarias. Los padres se reúnen con el terapeuta dos horas a la semana durante las cuales se les describen las habilidades que se imparten en el curso para adolescentes. Se les enseña también a los padres las habilidades de comunicación y de solución de problemas que aprenden los adolescentes. Se mantienen dos sesiones conjuntas durante las cuales los adolescentes y los padres practican estas habilidades en temas que son importantes para cada familia. Se han elaborado cuadernos para los padres con el fin de guiarles a lo largo de las sesiones.

IV.8.1. Componentes del CAD para adolescentes

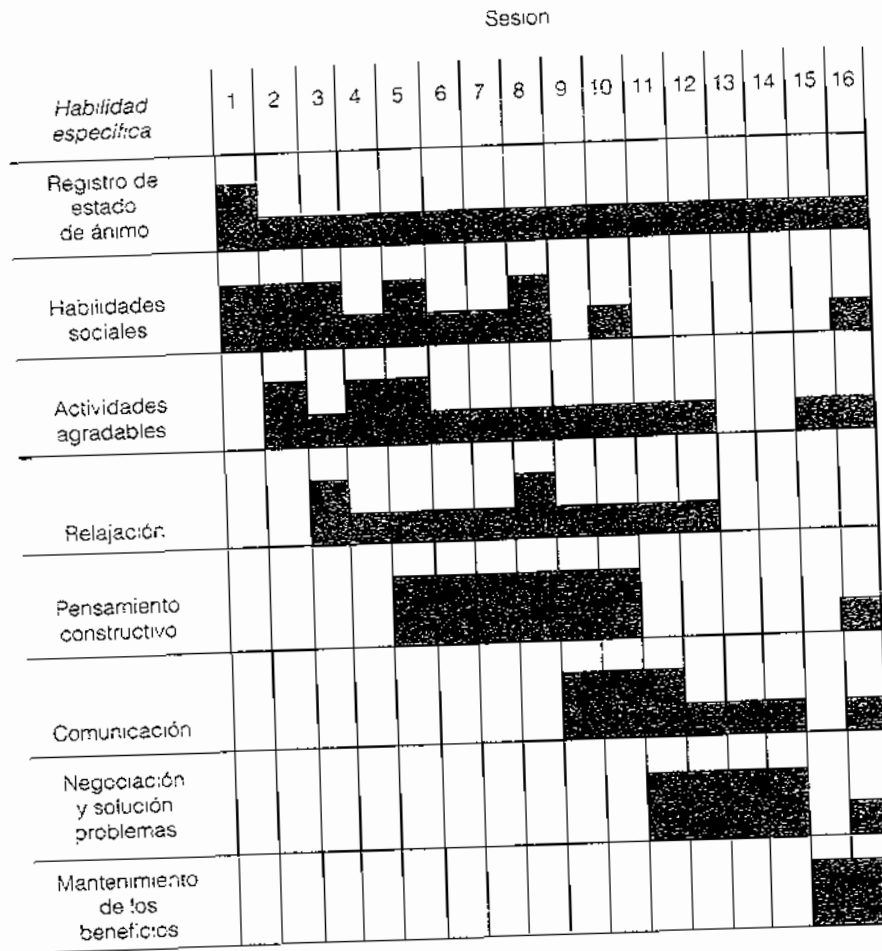
En la primera sesión se presentan las directrices del grupo, la explicación del tratamiento y el "punto de vista" del aprendizaje social para la depresión (Lewinsohn *et al.*, 1985). Desde el principio, se enseña a los adolescentes a que observen su estado de ánimo para obtener una línea base y un método para mostrar los cambios en el estado de ánimo como consecuencia del aprendizaje de nuevas habilidades y el implicarse en actividades. Las siguientes sesiones se centran en enseñar las distintas habilidades. Como se presenta en la figura 16.5, aunque se introducen habilidades específicas en sesiones concretas, la discusión y la práctica continúan a lo largo de las sesiones para facilitar la adquisición de la conducta.

Aumento de las habilidades sociales. El entrenamiento en habilidades sociales, una deficiencia básica en muchos individuos deprimidos (p. ej., Libet y Lewinsohn, 1973), tiene lugar a lo largo del curso con el fin de proporcionar una base sobre la que construir otras habilidades esenciales (p. ej., la comunicación). Incluidas en el entrenamiento en habilidades sociales se encuentran las técnicas de conversación, la planificación de actividades sociales y las estrategias para hacer amigos.

Aumento de las actividades agradables. Las sesiones diseñadas para aumentar las actividades agradables se basan en la suposición de que tasas relativamente bajas de refuerzo positivo (p. ej., interacciones sociales positivas, participación en actividades placenteras) son antecedentes críticos de los episodios depresivos (véase Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976). De este modo, se estimula a los individuos deprimidos a que aumenten las actividades agradables. Para lograr este objetivo, se enseña a los adolescentes habilidades básicas para cambiarse a sí mismos, como el autorregistro para establecer una línea base, el plantear objetivos realistas, el desarrollar un plan y un contrato para el cambio de conducta y el autorrefuerzo para alcanzar los objetivos del contrato. El *Programa de acontecimientos agradables (Pleasant events schedule, PES; MacPhillamy y Lewinsohn, 1982)*, una amplia lista de actividades agradables que se ha adaptado para su utilización con adolescentes, proporciona a cada participante una lista individualizada de actividades que tiene que aumentar.

La disminución de la ansiedad. Se proporciona entrenamiento en relajación por medio del procedimiento de Jacobson (1929). Posteriormente se enseña un método menos visible que no requiere la tensión y relajación progresiva de los músculos (Benson, 1975), para ser empleado en lugares públicos como las salas de clase. Se proporciona entrenamiento en relajación porque muchos individuos deprimidos están también ansiosos, lo que puede reducir el disfrute potencial de muchas actividades agradables. Además, la tensión y la ansiedad interfieren a menudo con la actuación en situaciones sociales. Las habilidades de relajación se enseñan al principio del curso por las razones que ya hemos señalado.

FIGURA 16.5. Programa de habilidades y sesiones



Leyenda: ■ = Se enseña la habilidad
 ■ = Se discute sobre la habilidad como parte de la práctica para casa

Fuente: G. N. Clarke, P. M. Lewinsohn, y H. Hops (1990). *Adolescent coping with depression course* (Leader's manual for adolescent groups). Eugene, Or: Castalia.

Reducción de las cogniciones depresogénicas. Se incluyen sesiones centradas en las cogniciones depresogénicas con base en la suposición de que la depresión está causada y mantenida por esquemas cognitivos irracionales o negativos. Como ya vimos, el curso incluye elementos adaptados y simplificados de las intervenciones desarrolladas por Beck y sus colaboradores (p. ej., Beck *et al.*, 1979), por Ellis y Harper (1961) y por Kranzler (1974), para identificar, cuestionar y cambiar los pensamientos negativos y las creencias irracionales. Se emplean tiras gráficas con personajes populares que atraigan a los adolescentes (p. ej., Mafalda, Carlitos y Snoopy) para ilustrar los pensamientos negativos depresogénicos y los pensamientos positivos que se pueden emplear para contrarrestarlos.

Solución de conflictos. Hay seis sesiones dedicadas a enseñar habilidades de comunicación, de negociación y de solución de conflictos para su utilización con los padres y los iguales. Los conflictos adolescente-padres aumentan conforme los adolescentes defienden su independencia (Steinberg y Silverberg, 1986). La solución de problemas no satisfactoria, junto con el aumento de los conflictos familiares, puede contribuir a que aparezca la depresión en este período de edad. Las técnicas específicas que se utilizan en el curso provienen de las técnicas empleadas en la terapia marital conductual (p. ej., Gottman, 1979; Jacobson y Margolin, 1979; Weiss, Hops y Patterson, 1973) y sus adaptaciones para la utilización con padres e hijos (p. ej., Forgatch, 1989; Robin y Foster, 1989). El entrenamiento en comunicación se centra en la adquisición de conductas positivas, como el parafrasear para verificar el mensaje, la respuesta activa, el contacto ocular apropiado y la eliminación y corrección de conductas no productivas, como las acusaciones, el interrumpir y el degradar a la otra persona. Se enseña a los adolescentes técnicas de negociación y solución de problemas, como definir el problema sin críticas; el torbellino de ideas para soluciones alternativas, evaluar y llegar a un acuerdo mutuo sobre una solución y especificar el acuerdo con la inclusión de consecuencias positivas y negativas para el cumplimiento y no cumplimiento del mismo, respectivamente. Todas estas técnicas se practican durante las dos sesiones conjuntas padres-adolescentes, en las que los terapeutas participan como facilitadores.

La planificación del futuro. Las dos sesiones finales se centran en la integración de las habilidades, en la anticipación de futuros problemas, en el desarrollo de un plan y de unos objetivos de vida y en la prevención de las recaídas. Ayudado por el terapeuta del grupo, cada adolescente desarrolla un "plan de emergencia" personalizado, por escrito, en el que detalla los pasos que dará para contrarrestar los sentimientos de depresión que se vuelvan a dar en el futuro.

Tres estudios han examinado la eficacia del CAD-A. El primer estudio (Clarke, 1985) se llevó a cabo con una muestra de 21 adolescentes. Los resultados de este estudio inicial fueron prometedores. En el segundo estudio, Lewinsohn *et al.* (1990), se distribuyó aleatoriamente a 59 adolescentes clínicamente deprimidos a tres condiciones: a) un grupo cognitivo-conductual, psicoeducativo, sólo para adolescentes; b) un grupo idéntico para adolescentes pero estando sus padres incluidos en un grupo específico para padres, y c) una condición de lista de

espera. Los adolescentes y sus padres participaron en amplias entrevistas en el momento del ingreso, en el postratamiento y a los 1, 6, 12 y 24 meses de seguimiento una vez finalizado el tratamiento. Los resultados de este estudio demostraron que, comparados con los sujetos de la lista de espera, los individuos tratados mejoraron significativamente en las medidas de depresión. Estas ganancias se mantenían a los dos años después del tratamiento.

Una tercera comprobación de la eficacia del programa de tratamiento se realizó con 96 adolescentes que cumplían los criterios del *DSM-III-R* (APA, 1987) para la depresión mayor o la distimia (Lewinsohn *et al.*, en prensa). Para este estudio, el protocolo del curso se volvió a escribir, de modo que los componentes se presentaron de un modo jerárquico, más sistemático, con el fin de que la adquisición de las habilidades básicas tuviera lugar antes que las habilidades más complejas. Por ejemplo, las habilidades de comunicación se establecieron antes que las habilidades de solución de conflictos, porque las primeras son prerequisites básicos para la negociación con éxito, que requiere el parafrasear y el envío y la recepción eficaz de mensajes. El curso se hizo más apropiado a la edad, añadiendo componentes como tiras gráficas, etc., que serían atractivos para los adolescentes. Este estudio examinó también el poder de las sesiones de apoyo para prevenir las recaídas y mantener las ganancias de los adolescentes. Se distribuyó aleatoriamente a los 96 adolescentes a las mismas condiciones de tratamiento que en el estudio anterior.

Los resultados fueron muy parecidos a ese estudio. Los dos grupos de tratamiento mostraron mejoras significativamente mayores que el grupo control de lista de espera, tanto en las tasas de recuperación como en la disminución de las puntuaciones del *Inventario de depresión de Beck*. El 67% de los adolescentes tratados no cumplía ya con los criterios en el postratamiento, comparado con sólo el 48% de los sujetos de la lista de espera. Además, no había diferencias significativas en la recuperación o en las tasas de recaída dependiendo del sexo o de las tres condiciones de seguimiento. A los 12 y 24 meses después del tratamiento, el 81,3% y el 97,5% de los adolescentes se había recuperado, respectivamente.

IV.8.2. Componentes del CAD para personas mayores

Las intervenciones cognitivo-conductuales se han utilizado en el tratamiento de las personas mayores deprimidas (p. ej., Evans, Werkhoven y Fox, 1982; Hautzinger, 1992; Steuer y Hammen, 1983; Teri y Uomoto, 1986; Waller y Griffin, 1984; Yost *et al.*, 1986). En una reciente revisión de esta literatura, Teri, Curtis y Gallagher-Thompson (1991) concluyeron que todas las variantes de las intervenciones cognitivo-conductuales (sólo cognitiva, sólo conductual y combinada) parecen ser eficaces para reducir la depresión, no únicamente en ancianos físicamente sanos, sino también en otros subgrupos menos sanos, como aquellos que padecen enfermedades crónicas o demencia. Además, parece que los beneficios del tratamiento permanecen en todas las modalidades.

El CAD se ha modificado por ser empleado con personas mayores (Breckenridge *et al.*, 1985; Hedlund y Thompson, 1980). Thompson *et al.* (1983) evalua-

ron el curso modificado, el *Curso para la satisfacción en la vida (CSV)* (*Life satisfaction course, LSC*), en el tratamiento de personas mayores deprimidas. De seis a ocho participantes por grupo se reunían dos horas a la semana a lo largo de seis semanas. Las sesiones se centraban en la observación y evaluación del estado de ánimo, en identificar actividades agradables y acontecimientos desagradables en sus vidas, y en aprender a registrar y observarlos diariamente. A los participantes se les presentaban ejercicios para ayudarles a experimentar la asociación entre el nivel de actividad y el estado de ánimo, y para obtener cierto control sobre su estado de ánimo por medio de la realización de actividades agradables. En la cuarta sesión, se enseñaron técnicas de autorrefuerzo y se instruyó a cada participante a que identificara un problema personal específico que pareciera posible cambiar. En la quinta sesión, se identificó un segundo objetivo posible. La sesión sexta se centró en la forma de mantener y generalizar el progreso alcanzado en el curso. Los hallazgos indican que el enfoque fue eficaz para reducir el malestar en personas mayores. Los participantes que completaron el curso informaron de menos síntomas de depresión, menos frecuencia de pensamientos negativos sobre sí mismos y sobre el futuro y un aumento del disfrute y la frecuencia de los acontecimientos agradables en la vida diaria.

IV.8.3. Componentes del CAD para cuidadores

Algunos investigadores (Lovett, 1984; Lovett y Gallagher, 1988; Teri y Uomoto, 1986; Teri y Gallagher-Thompson, 1991) han desarrollado variaciones del CAD/CSV para emplearlo con personas que cuidan de ancianos delicados o con demencia. Esta aplicación es potencialmente importante porque esos cuidadores tienen un riesgo elevado de caer en una depresión. El CSV para cuidadores incluye 10 sesiones de dos horas una vez a la semana durante las cuales se enseña a los cuidadores a observar su estado de ánimo y las actividades agradables, a identificar actividades agradables que desean realizar más frecuentemente, a plantear objetivos realistas, paso a paso, para aumentar su tasa de acontecimientos agradables y a emplear técnicas de autorregistro y de autorrefuerzo para alcanzar esos objetivos. La participación máxima en cada grupo está limitada a 10 cuidadores, con dos coterapeutas. Resultados preliminares de este programa indican que los niveles de depresión de los cuidadores y de personas mayores con depresión no clínica se reducían del pre al postratamiento, mientras que los grupos control de lista de espera no informaban de ningún cambio significativo (Lovett y Gallagher, 1988).

IV.9. La prevención de la depresión

Finalmente, el CAD se ha adaptado y examinado también como un medio de prevenir episodios de depresión entre individuos con un elevado riesgo de desarrollar ese tipo de episodios. Muñoz *et al.* (1987) modificaron el CAD y lo emplearon con un grupo que se sabía tenía un elevado riesgo de trastornos depresivos

futuros: bajos ingresos, pacientes ambulatorios pertenecientes a minorías. Las personas que ya padecían un episodio de depresión se eliminaron del estudio. Los miembros del grupo experimental se compararon con dos grupos control: un grupo sin intervención y un grupo sólo de información que recibía una presentación por medio del vídeo de las ideas del CAD. Los resultados de este estudio indicaron que los participantes que recibían el CAD mostraban una mayor disminución significativa en el nivel de síntomas depresivos, tal como lo medía el *Inventario de depresión de Beck* (Muñoz *et al.*, 1988; Muñoz y Ying, 1993).

Manson y sus colaboradores (Manson, 1988; Manson, Mosely y Brennehan, 1988) han modificado de forma similar el CAD para su empleo como una intervención para la prevención con indios americanos de 45 y más años. El curso se reestructuró con el fin de que fuese culturalmente relevante a las tribus de tres reservas del noroeste y se simplificó para incluir las limitaciones impuestas por la enfermedad física de los participantes. Finalmente, Clarke *et al.* (1990) modificaron el CAD para ayudar a adolescentes ligeramente deprimidos a que no se deprimiesen más seriamente. Los sujetos ligeramente deprimidos son una población objetivo especialmente relevante para la prevención, porque se sabe que esos individuos tienen un elevado riesgo de desarrollar un episodio de depresión más grave (Lewinsohn, Hoberman y Rosenbaum, 1988). Clarke *et al.* (1990) llevaron a cabo un estudio con adolescentes de instituto que tenían un elevado riesgo de depresión, basándose en un programa de prevención de terapia cognitiva en formato de grupo para reducir la incidencia futura de sintomatología y trastornos afectivos unipolares. El estatus de riesgo para este estudio se fundamentó en una definición de desmoralización, o niveles subdiagnósticos de síntomas depresivos, propuesta por Roberts (1987).

Se identificaron adolescentes de tres institutos, que tenían un riesgo potencial para la depresión, por medio de un procedimiento de dos fases. La fase primera de selección consistía en una escala de autoinforme para la depresión, la *Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos para la Depresión (CEE-D)*, que se administraba a una muestra inicial de 1.640 adolescentes de instituto. Empleando un punto de corte de la *CEE-D* de 24 o más como una definición operacional de la desmoralización (véanse Roberts, 1987; Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1991), se identificaron 222 adolescentes con un riesgo potencial y se entrevistaron posteriormente en la segunda fase del procedimiento para descubrir casos clínicos. Esta segunda fase determinó los candidatos adolescentes que estaban deprimidos actualmente (criterios del *DSM-III-R* para la depresión mayor y/o la distimia) y no eran, por lo tanto, candidatos para la prevención. Se encontró que 39 de los adolescentes entrevistados (17,6%) cumplían los criterios para el trastorno afectivo unipolar según el *DSM-III-R* y se les envió para tratamiento no experimental. La muestra restante de 183 adolescentes no sufría de depresión actualmente, pero corrían el riesgo de padecer una depresión en el futuro debido a su estatus de desmoralización. El 88% (n = 150) de estos adolescentes y sus padres aceptó la invitación de incluirse en la fase de intervención del estudio. Aunque había algunos casos de ansiedad o de trastorno de conducta entre estos adolescentes, la mayoría (> 85%) tenía sólo síntomas de depresión subdiagnóstica sin un diagnóstico actual según el *DSM-III-R*.

Los 150 adolescentes desmoralizados se asignaron aleatoriamente a: a) un grupo de intervención cognitivo-conductual de 15 sesiones que tenía lugar al terminar las clases (n = 76), o b) una condición control de "cuidado habitual" (n = 74). La intervención activa se denominó curso de "Afrontamiento del estrés" y consistió en quince sesiones de 45 minutos cada una en las que se enseñaba a adolescentes con alto riesgo técnicas de terapia cognitiva para identificar y cuestionar pensamientos irracionales o negativos que podrían contribuir al desarrollo de un futuro trastorno afectivo. La intervención de prevención se modificó a partir de la terapia cognitiva para adultos deprimidos (Beck *et al.*, 1979) y del CAD (Clarke *et al.*, 1990). Los grupos de prevención eran dirigidos por psicólogos y por asesores escolares con una formación mínima, de nivel de maestría, en psicología clínica, de asesoramiento o escolar.

En la condición de "cuidado habitual", los adolescentes tenían libertad de continuar con la intervención ya existente o buscar una nueva ayuda durante el período de estudio. A los adolescentes incluidos en la intervención activa se les permitía también continuar con el tratamiento ya existente y/o buscar otro tratamiento, con el fin de igualar los servicios de intervención extraexperimental en todas las condiciones.

Permanencia de los sujetos. De los 150 sujetos asignados a las distintas condiciones, el estudio consiguió tasas de permanencia de 125 al final de la intervención, 120 en el seguimiento de 6 meses y 109 en el de 12 meses, dándose una tasa total de abandonos del 27,3% (41 de 150). Se comparó a los sujetos que permanecieron y los que abandonaron en variables psicopatológicas y demográficas, incluyendo las puntuaciones de depresión en el ingreso en el *CEE-D*; no se encontraron efectos principales o de interacción para el abandono.

Se empleó el método del análisis de supervivencia para comparar los resultados a largo plazo en los dos grupos, utilizando una entrevista para especificar el momento de la aparición del episodio. Había menos casos de depresión mayor y/o de distimia en la condición experimental a lo largo del período de seguimiento. Las tasas de incidencia global de la depresión mayor o de la distimia a lo largo del período de seguimiento eran de 25,7% (18 de 70) para el grupo control y de 14,5% (8 de 55) para el grupo experimental.

V. TENDENCIAS FUTURAS

En este capítulo hemos presentado una revisión de las teorías conductuales de la depresión y hemos descrito una serie de procedimientos conductuales para la evaluación y tratamiento de este trastorno. Queda claro que hay una serie de intervenciones conductuales eficaces para la depresión, intentando todas ellas modificar las interacciones del paciente con el ambiente social, con el fin de disminuir el nivel de depresión. Estos programas son diversos, se centran de forma diferente en ayudar a los pacientes deprimidos a llevar a cabo más frecuentemente actividades agradables, a mejorar sus habilidades sociales, a ser más preci-

son en la autoobservación, menos estrictos en la autoevaluación y más liberales en el autorrefuerzo, y a aprender habilidades de afrontamiento y de solución de problemas más eficaces. A pesar de esta diversidad, es aparente que un objetivo principal de estos programas implica el aumento de la cantidad de refuerzo positivo recibido por los pacientes deprimidos; es evidente también que el alcanzar estos objetivos conduce normalmente a una disminución significativa en la sintomatología depresiva.

Señalamos anteriormente que se han realizado progresos significativos en la evolución de las teorías conductuales de la depresión. Avances similares son también aparentes con respecto tanto a la evaluación de la depresión como a las intervenciones conductuales para este trastorno. Sin embargo, existe una serie de áreas en las que claramente se requiere más trabajo. Por ejemplo, aunque los investigadores han demostrado la eficacia general de los enfoques conductuales para el tratamiento de la depresión, sabemos comparativamente poco sobre qué componentes de estas intervenciones son responsables del cambio a nivel de la depresión o sobre qué mecanismos están implicados en el proceso de cambio.

Como aspecto relacionado, es importante señalar que los investigadores no han encontrado generalmente que los resultados de las terapias para la depresión sean específicos al tratamiento que se investiga. Por consiguiente, parece que independientemente del supuesto objetivo específico de la intervención (p. ej., cogniciones, conducta, afecto), todos ellos se encuentran afectados por el tratamiento y, además, es probable que se influyan entre sí de manera recíproca. Con respecto a las intervenciones conductuales, esta falta de especificidad plantea cuestiones importantes sobre el papel que juegan realmente los cambios de las conductas objetivo (p. ej., aumento de las actividades agradables, aumento de las habilidades sociales, incremento del autorrefuerzo) en la mejora de la depresión. Será necesario examinar de forma más explícita este tema en las investigaciones futuras. En este contexto, los investigadores deberían considerar el emplear análisis de modelado causal con el fin de proporcionar mayor claridad con respecto a los mecanismos de cambio en la psicoterapia (p. ej., Hollon, DeRu-beis y Evans, 1987).

Merece la pena comentar cuatro áreas finales para la investigación futura. En primer lugar, aunque las intervenciones conductuales han demostrado ser razonablemente eficaces para reducir la sintomatología depresiva al final del tratamiento, está relativamente claro que la depresión es un trastorno recurrente (Belsher y Costello, 1988; Gonzales, Lewinsohn y Clark, 1985). Es más, Angst *et al.* (1973) informaron que el número medio de episodios a lo largo de la vida en pacientes con depresión unipolar es de cinco a seis. Teniendo en cuenta la alta tasa de recaídas, sería importante que los investigadores desarrollasen intervenciones conductuales que no sólo disminuyesen los niveles de depresión inmediatamente después del tratamiento, sino que previniesen también la recurrencia de episodios futuros de depresión. La evitación de recaídas por medio del empleo de sesiones de apoyo después de la terminación del tratamiento (p. ej., Baker y Wilson, 1985) debería convertirse en un área de investigación activa. Esta atención sobre la prevención (p. ej., Muñoz *et al.*, 1987; Muñoz y Ying, 1993) será especialmente importante en el tratamiento de las personas deprimidas que

tienen un elevado riesgo de recaídas: pacientes con una historia de episodios depresivos (Lewinsohn, Zeiss y Duncan, 1989), pacientes con depresión secundaria, en cuanto opuesta a primaria (Keller *et al.*, 1982) y pacientes que viven con familiares hostiles o muy críticos (Hooley y Teasdale, 1989).

En segundo lugar, la mayoría de los investigadores que han examinado la eficacia de las intervenciones conductuales con la depresión han seleccionado pacientes con "depresión pura" para la inclusión en sus estudios. Concretamente, han excluido pacientes deprimidos con otros trastornos comórbidos. Sin embargo, los resultados de estudios recientes indican que una parte sustancial de individuos deprimidos presentan trastornos psiquiátricos comórbidos, como la ansiedad y el abuso de sustancias, y el trastorno de conducta en niños y adolescentes (Maser y Cloninger, 1990; Lewinsohn *et al.*, 1991; Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1991). Por consiguiente, es esencial que los investigadores examinen el impacto de los trastornos comórbidos sobre la eficacia de las intervenciones conductuales para la depresión.

En tercer lugar, se necesitan estudios para identificar las características que distinguen a los que se benefician más y los que lo hacen menos de las intervenciones conductuales. Por ejemplo, hay cinco variables que han surgido como predictoras de la mejoría para los participantes deprimidos en el CAD (Brown y Lewinsohn, 1979; Steinmetz *et al.*, 1983; Teri y Lewinsohn, 1982): la mejoría esperada, la mayor satisfacción con la vida, la falta de psicoterapia concurrente o de medicación antidepressiva, los elevados niveles de apoyo social percibido y ser más jóvenes. Una serie de escritores han discutido sobre el valor potencial de emparejar los componentes del tratamiento con las características del paciente con el fin de proporcionar un enfoque específico al problema para el tratamiento de la depresión (p. ej., Biglan y Dow, 1981; McLean, 1981). Por ejemplo, McKnight *et al.* (1984) compararon la eficacia relativa de tratamientos que estaban relacionados directamente con las áreas objetivos iniciales y encontraron que los pacientes deprimidos con problemas de habilidades sociales o cogniciones irracionales mejoraron más después de haber recibido intervenciones específicas para estos déficit que en el caso de los pacientes que recibieron intervenciones no relacionadas con sus actuales áreas problema. En años recientes, Rude y Rehm (1991) han discutido algunas de las cuestiones teóricas subyacentes a esta área y referimos al lector interesado a este artículo.

Finalmente, se encuentra bien documentado en la literatura de la depresión que aproximadamente hay dos veces más mujeres que hombres que experimentan este trastorno (p. ej., Nolen-Hoeksema, 1990; Weissman *et al.*, 1984). A pesar de la consistencia de este hallazgo, se ha prestado poca atención a la posibilidad de que los hombres y las mujeres manifiesten distintos problemas psicosociales y que puedan responder de forma diferente a las intervenciones conductuales. En uno de los pocos estudios que han abordado este tema, Wilson (1982) informó que las mujeres y los hombres deprimidos mostraban respuestas comparables a los tratamientos conductuales. Sin embargo, es posible que los mecanismos responsables del cambio sean diferentes en los hombres y en las mujeres. Por ejemplo, McGrath *et al.* (1990) sugieren que los tratamientos conductuales pueden ser eficaces con las mujeres deprimidas «porque enseñan a las

mujeres a enfrentarse y superar el papel pasivo, dependiente, que se les puede haber enseñado desde la infancia y que puede estar alimentando sus depresiones» (p. 59). No queda claro que esto sea, de hecho, un mecanismo activo de las intervenciones conductuales para las mujeres deprimidas, ni tampoco está claro que este proceso no sea el mismo en los hombres. No obstante, es posible que el tratamiento conductual tenga un efecto diferente sobre las mujeres y sobre los hombres deprimidos. Ciertamente, ésta es un área que necesita una mayor exploración. Nuestra esperanza es que este capítulo sirva de impulso para esas investigaciones.

REFERENCIAS

- Alexander, J. F. y Parsons, B. V. (1973). Short-term behavioral intervention with delinquent families: Impact on family process and recidivism. *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 219-225.
- Alexander, J. F., Barton, C., Schiavo, R. S. y Parsons, B. O. (1976). Systems-behavioral intervention with families of delinquents: Therapist characteristics, family behavior and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 44*, 656-664.
- Angst, J., Baastrup, P. C., Grof, P., Hippus, H., Poeldinger, W. y Weiss, P. (1973). The course of monopolar depression and bipolar psychoses. *Psychiatrie, Neurologie et Neurochirurgie, 76*, 246-254.
- Antonuccio, D. O., Ward, C. H. y Tearnan, B. H. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. En M. Hersen, R. M. Eisler y P. M. Miller (dirs.), *Progress in behavior modification*, vol. 24. Nueva York: Sage.
- Baker, A. L. y Wilson, P. H. (1985). Cognitive-behavior therapy for depression: The effects of booster sessions on relapse. *Behavior Therapy, 16*, 335-344.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Becker, R. E. y Heimberg, R. G. (1985). Social skills training approaches. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. Nueva York: Plenum.
- Becker, R. E., Heimberg, R. G. y Bellack, A. S. (1987). *Social skills training treatment for depression*. Nueva York: Pergamon.
- Bellack, A. S., Hersen, M. y 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. y Himmelhoch, J. (1983). A comparison of social skills training, pharmacotherapy, and psychotherapy for depression. *Behavior Research and Therapy, 21*, 101-107.
- Belsher, G. y Costello, C. G. (1988). Relapse after recovery from unipolar depression: A critical review. *Psychological Bulletin, 104*, 84-96.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. Nueva York: William Morrow.
- Biglan, A. y Dow, M. G. (1981). Toward a "second generation" model of depression treatment: A problem specific approach. En L. P. Rehm (dir.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions*. Nueva York: Academic Press.
- Biglan, A., Hops, H., Sherman, L., Friedman, L. S., Arthur, J. y Osteen, V. (1985). Problem-solving interactions of depressed women and their husbands. *Behavior Therapy, 16*, 431-451.
- Blumberg, S. R. y Hokanson, J. E. (1983). The effects of another person's response style on interpersonal behavior in depression. *Journal of Abnormal Psychology, 92*, 196-209.
- Breckenridge, J. S., Zeiss, A. M., Breckenridge, J. y Thompson, L. (1985). Behavioral group therapy with the elderly: A psychoeducational model. En D. Upper y S. Ross (dirs.), *Handbook of behavioral group therapy*. Nueva York: Plenum.
- Brown, M. A. y Lewinsohn, P. M. (1979). *Coping with depression workbook*. Universidad de Oregón, Eugene.
- Brown, R. A. y 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.
- Carey, M. P., Kelley, M. L. y Buss, R. R. (1986). Relationship of activity of depression in adolescents: Development of the adolescent activities checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 320-322.
- Clarke, G. N. (1985). *A psychoeducational approach to the treatment of depressed adolescents*. Universidad de Oregón, sin publicar.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, Or: Castalia.
- Cole, T. L., Kelley, M. L. y Carey, M. P. (1988). The adolescent activities checklist: Reliability, standardization data and factorial validity. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*, 475-484.
- Costello, C. G. (1972). Depression: Loss of reinforcers or loss of reinforcer effectiveness? *Behavior Therapy, 3*, 240-247.
- Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 28-40.
- DeJong-Meyer, R., Hautzinger, M., Rudolf, G. A. E. y Strauss, W. (1992, junio). *Effectiveness of combined behavioral-cognitive and antidepressant treatment of inpatients and outpatients with endogenous depression*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.
- Dykman, B. M., Horowitz, L. M., Abramson, L. Y. y Usher, M. (1991). Schematic and situational determinants of depressed and nondepressed students' interpretation of feedback. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 45-55.
- Eisler, R., Hersen, M., Miller, P. y Blanchard, E. (1975). Situational determinants of assertive behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 43*, 330-340.
- Ellis, A. y Harper, R. A. (1961). *A guide to rational living*. Hollywood, Ca: Wilshire Books.
- Ellis, A. y Murphy, R. (1975). *A bibliography of articles and books on rational-emotive therapy and cognitive behavior therapy*. Nueva York: Institute for Rational Living.
- Evans, R. L., Werkhoven, W. y Fox, H. R. (1982). Treatment of social isolation and loneliness in a sample of visually impaired elderly persons. *Psychological Reports, 51*, 103-108.
- Feldman, L. y Gotlib, I. H. (1993). Social dysfunction. En C. G. Costello (dir.), *Symptoms of depression*. Nueva York: Wiley.
- Ferster, C. B. (1966). Animal behavior and mental illness. *Psychological Record, 16*, 345-356.

- Forgatch, M. S. (1989). Patterns and outcome with family problem solving: The disrupting effect of negative emotions. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 115-124.
- Fuchs, C. Z. y Rehm, L. P. (1977). A self-control behavior therapy program for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 206-215.
- Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Bierer, J. L. y Larsen, K. H. (1982). Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 37-55.
- Goldfried, M. R. y Merbaum, M. (dirs.) (1973). *Behavior change through self-control*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Gonzales, L. R., Lewinsohn, P. M. y Clarke, G. N. (1985). Longitudinal follow-up of unipolar depressives: An investigation of predictors of relapse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 461-469.
- Goodman, S. H. y Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26, 31-39.
- Gordon, D., Burge, D., Hammen, C., Adrian, C., Jaenicke, C. y Hiroto, D. (1989). Observations of interactions of depressed women with their children. *American Journal of Psychiatry*, 146, 50-55.
- Gotlib, I. H. (1982). Self-reinforcement and depression in interpersonal interaction: The role of performance level. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 3-13.
- Gotlib, I. H. y Beach, S. R. H. (1995). A family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention. En N. S. Jacobson y A. S. Gurman (dirs.), *Clinical handbook of couple therapy*. Nueva York: Guilford.
- Gotlib, I. H. y Cane, D. B. (1989). Self-report assessment of depression and anxiety. En P. C. Kendall y D. Watson (dirs.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. Orlando, FL: Academic Press.
- Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Gotlib, I. H. y Hooley, J. M. (1988). Depression and marital distress: Current status and future directions. En S. Duck (dir.), *Handbook of personal relationships*. Chichester, Inglaterra: Wiley.
- Gotlib, I. H. y Lee, C. M. (1990). Children of depressed mothers: A review and directions for future research. En C. D. McCann y N. S. Endler (dirs.), *Depression: New directions in theory, research, and practice*. Toronto: Wall and Thompson.
- Gotlib, I. H. y McCabe, S. B. (1992). An information-processing approach to the study of cognitive functioning in depression. En E. F. Walker, B. A. Cornblatt y R. H. Dworkin (dirs.), *Progress in experimental personality and psychopathology research*, vol. 15. Nueva York: Springer.
- Gotlib, I. H. y Meltzer, S. J. (1987). Depression and the perception of social skill in dyadic interaction. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 41-53.
- Gotlib, I. H. y Robinson, L. A. (1982). Responses to depressed individuals: Discrepancies between self-report and observer-rated behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 231-240.
- Gotlib, I. H., Wallace, P. M. y Colby, C. A. (1990). Marital and family therapy for depression. En B. B. Wolman y G. Stricker (dirs.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods*. Nueva York: Wiley.
- Gottman, J. M. (1979). *Marital interaction: Empirical investigations*. Nueva York: Academic.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J. y Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research.
- Hammen, C. L. (1991). *Depression runs in families: The social context of risk and resilience in children of depressed mothers*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Hammen, C. L. y Glass, D. R. (1975). Depression, activity, and evaluation of reinforcement. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 718-721.
- Hautzinger, M. (1992). Behavior therapy for depression in the elderly. *Verhaltenstherapie*, 2, 217-221.
- Hautzinger, M. (1993, septiembre). *Cognitive-behavior therapy and pharmacotherapy in depression: Results of two collaborative treatment outcome studies with endogenous and non-endogenous depressed in- and out-patients*. Comunicación presentada en el Symposium about interpersonal factors in origin and course of affective disorders, Heidelberg, Alemania.
- Hautzinger, M., Linden, M. y Hoffman, N. (1982). Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 13, 307-314.
- Hautzinger, M., Stark, W. y Treiber, R. (1992). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (2ª edición). Weinheim, Alemania: Psychologie Verlags Union.
- Hautzinger, M., DeJong-Meyer, R., Treiber, R. y Rudolf, G. A. E. (1992, junio). *Cognitive behavior therapy versus pharmacotherapy in depression: Collaborative treatment outcome study with "neurotic-depressed" in- and out-patients*. Comunicación presentada en el World Congress of Cognitive Therapy, Toronto, Canadá.
- Hedlund, B. y Thompson, L. W. (1980, agosto). *Teaching the elderly to control depression using an educational format*. Comunicación presentada en la reunión de la American Psychological Association, Montreal, Canadá.
- Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M. y Thase, M. E. (1984). Effects of social skills training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.
- Hincliffe, M., Hooper, D. y Roberts, F. J. (1978). *The melancholy marriage*. Nueva York: Wiley.
- Hoberman, H. M. y Lewinsohn, P. M. (1985). The behavioral treatment of depression. En E. E. Beckham y W. R. Leber (dirs.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research*. Homewood, IL: Dorsey.
- Hoberman, H. M., Lewinsohn, P. M. y Tilson, M. (1988). Group treatment of depression: Individual predictors of outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 393-398.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J. y Evans, M. D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139-149.
- Hooley, J. M. y Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-237.
- Jacobson, E. (1929). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, N. S. y Anderson, E. (1982). Interpersonal skills deficits and depression in college students: A sequential analysis of the timing of self-disclosures. *Behavior Therapy*, 13, 271-282.
- Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalings, K. B. y Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 547-557.
- Jacobson, N. S. y Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principals*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Kanfer, F. H. (1977). The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus. En R. B. Stuart (dir.), *Behavioral self-management*. Nueva York: Brunner/Mazel.

- Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W. y Wolfe, N. (1982). Recovery in major depressive disorder: Analysis with the life table and regression models. *Archives of General Psychiatry*, 39, 905-910.
- Kowalik, D. L. y Gotlib, I. H. (1987). Depression and marital interaction: Concordance between intent and perception of communication. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 127-134.
- Kranzler, G. (1974). *You can change how you feel*. Eugene, Or: RETC Press.
- Lakein, A. (1973). *How to get control of your time and your life*. Nueva York: New American Library.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (dirs.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M. y Amenson C. (1978). Some relations between pleasant and unpleasant mood-related events and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 644-654.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz, J. L. y Teri, L. (1984). *The Coping with Depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, Or: Castalia.
- Lewinsohn, P. M. y Atwood, G. E. (1969). Depression: A clinical research approach. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 6, 166-171.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A. y Zeiss, A. M. (1976). Behavioral treatment of depression. En P. O. Davidson (dir.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn P. M. y Clarke, G. N. (1986). *Pleasant events schedule for adolescents*. Sin publicar.
- Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Hops, H. y Andrews, J. (1990). Cognitive-behavioral treatment for depressed adolescents. *Behavior Therapy*, 21, 385-401.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. y Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 251-264.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L. y Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy*. Nueva York: Academic.
- Lewinsohn, P. M., Lobitz, W. C. y Wilson, S. (1973). "Sensitivity" of depressed individuals to aversive stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 81, 259-263.
- Lewinsohn, P. M., Mermelstein, R. M., Alexander, C. y MacPhillamy, D. J. (1985). The unpleasant events schedule: A scale for the measurement of aversive events. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 483-498.
- Lewinsohn, P. M., Mischel, W., Chaplin, C. y Barton, R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 203-217.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression* (2ª edición). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P. M., Roberts, R. E., Seeley, J. R., Rohde, P., Gotlib, I. H. y Hops, H. (1994). Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 302-315.
- Lewinsohn, P. M. y Rohde, P. (1987). Psychological measurement of depression: Overview and conclusions. En A. J. Marsella, R. M. A. Hirschfeld y M. M. Katz (dirs.), *The measurement of depression*. Chichester: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Hops, H. y Clarke, G. N. (1991). *Leaders manual for parents: Adolescent coping with depression course*. Sin publicar.

- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Hops, H. y Seeley, J. R. (en prensa). A cognitive-behavioral approach to the treatment of adolescent depression. En E. Hibbs y P. Jensen (dirs.), *Psychosocial treatment research of child and adolescent disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lewinsohn, P. M., Rohde, P., Seeley, J. R. y Hops, H. (1991). Comorbidity of unipolar depression: I. Major depression with dysthymia. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 205-213.
- Lewinsohn, P. M. y Schaffer, M. (1971). The use of home observations as an integral part of the treatment of depression: Preliminary report of case studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 37, 87-94.
- Lewinsohn, P. M. y Shaw, D. A. (1969). Feedback about interpersonal behavior as an agent of behavior change: A case study in the treatment of depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 17, 82-88.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. y Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 47, 322-334.
- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M. y Grosscup, S. J. (1982). Behavioral therapy: Clinical applications. En A. J. Rush (dir.), *Short-term psychotherapies for the depressed patient*. Nueva York: Guilford.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. y Alper, T. (1970). A behavioral approach to the group treatment of depressed persons: A methodological contribution. *Journal of Clinical Psychology*, 26, 525-532.
- Lewinsohn, P. M., Weinstein, M. y Shaw, D. (1969). Depression: A clinical-research approach. En R. D. Rubin y C. M. Frank (dirs.), *Advances in behavior therapy*. Nueva York: Academic.
- Lewinsohn, P. M., Youngren, M. A. y Grosscup, S. J. (1979). Reinforcement and depression: The effects of stress. Nueva York: Academic.
- Lewinsohn, P. M., Zeiss, A. M. y Duncan, E. M. (1989). Probability of relapse after recovery from an episode of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 107-116.
- Lieberman, R. P. y Raskin, D. E. (1971). Depression: A behavioral formulation. *Archives of General Psychiatry*, 24, 515-523.
- Libet, J. y Lewinsohn, P. M. (1973). The concept of social skill with special reference to the behavior of depressed persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 40, 304-312.
- Lovett, S. y Gallagher, D. (1988). Psychoeducational interventions for family caregivers: Preliminary efficacy data. *Behavior Therapy*, 19, 321-330.
- Lovett, S. (1984). *Caregiver research program: "Increasing life satisfaction" class for caregivers manual*. Sin publicar.
- Lubin, B. (1967). *Manual for depression adjective check lists*. San Diego, Ca: Educational and Industrial Testing Service.
- MacPhillamy, D. J. y Lewinsohn, P. M. (1982). The Pleasant Events Schedule: Studies on reliability, validity, and scale intercorrelations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 363-380.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge, Ma: Ballinger.
- Mahoney, M. J. y Thoresen, C. E. (1974). *Self-control: Power to the person*. Monterey, Ca: Brooks/Cole.
- Manson, S. M. (1988). American Indian and Alaska Native mental health research. *The Journal of the National Center*, 1, 1-64.
- Manson, S. M., Mosely, R. M. y Brennehan, D. L. (1988). *Physical illness, depression,*

- and older American Indians. *A preventive intervention trial*. Manuscrito sin publicar, Oregon Health Sciences University.
- Maser, J. D. y Cloninger, C. R. (dirs.) (1990). *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R. y Russo, N. F. (dirs.) (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McKnight, D. L., Nelson, R. O., Hayes, S. C. y Jarrett, R. B. (1984). Importance of treating individually-assessed response classes in the amelioration of depression. *Behavior Therapy, 15*, 315-335.
- McLean, P. (1976). Therapeutic decision-making in the behavioral treatment of depression. En P. O. Davidson (dir.), *The behavioral management of anxiety, depression, and pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- McLean, P. (1981). Remediation of skills and performance deficits in depression: Clinical steps and research findings. En J. Clarkin y H. Glazer (dirs.), *Behavioral and directive strategies*. Nueva York: Garland.
- McLean, P. D. y Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 818-836.
- McLean, P. D. y Hakstian, A. R. (1990). Relative endurance of unipolar depression treatment effects: Longitudinal follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 482-488.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1976). *The cognitive-behavioral management of anxiety, depression, and pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Mills, M., Puckering, C., Pound, A. y Cox, A. (1985). What is it about depressed mothers that influences their children's functioning? En J. E. Stevenson (dir.), *Recent research in developmental psychopathology*. Oxford, Inglaterra: Pergamon.
- Muñoz, R. F. y Ying, Y. W. (dirs.) (1993). *The prevention of depression. Research and practice*. Baltimore, Md: The Johns Hopkins University Press.
- Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Armas, R., Chan, F. y Guzza, R. (1987). The San Francisco Depression Prevention Project: A randomized trial with medical outpatients. En R. F. Muñoz (dir.), *Depression prevention: Research directions*. Washington D.C.: Hemisphere.
- Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Bernal, G., Pérez-Stable, E. J., Sorensen, J. L. y Hargreaves, W. A. (1988). *The prevention of clinical depression: A randomized controlled trial*. Manuscrito sin publicar, Universidad de California, San Francisco.
- 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*, 121-144.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Nezu, A. M. y Perri, M. G. (1989). Social problem-solving therapy for unipolar depression: An initial dismantling investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 408-413.
- Nolen-Hocksema, S. (1990). *Sex differences in depression*. Stanford, Ca: Stanford University Press.
- Novaco, R. W. (1977). Stress inoculation: A cognitive therapy for anger and its application to a case of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 45*, 600-608.
- O'Leary, K. D. y Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression. *American Journal of Psychiatry, 147*, 183-186.
- O'Leary, K. D., Risso, L. P. y Beach, S. R. H. (1990). Attributions about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy, 21*, 413-422.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A new 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. (1987). The measurement of behavioral aspects of depression. En A. J. Marsella, R. M. A. Hirschfeld y M. M. Katz (dirs.), *The measurement of depression*. Chichester: Wiley.
- Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. En B. B. Wolman y G. Stricker (dirs.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods*. Nueva York: Wiley.
- Rehm, L. P., Fuchs, C. Z., Roth, D. M., Kornblith, S. J. y Romano, J. M. (1979). A comparison of self-control and assertion skills treatments of depression. *Behavior Therapy, 10*, 429-442.
- Roberts, R. E. (1987). Epidemiologic issues in measuring preventative effects. En R. F. Muñoz (dir.), *Depression prevention: Research directions*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Robin, A. L. (1979). Problem-solving communication training: A behavioral approach to the treatment of parent-adolescent conflict. *American Journal of Family Therapy, 7*, 69-82.
- Robin, A. L. y Foster, S. L. (1989). *Negotiating parent-adolescent conflict: A behavioral family systems approach*. Nueva York: Guilford.
- Robin, A. L., Kent, R. N., O'Leary, K. D., Foster, S. y Prinz, R. J. (1977). An approach to teaching parents and adolescents problem solving skills: A preliminary report. *Behavior Therapy, 8*, 639-643.
- Robin, A. L. y Weiss, J. G. (1980). Criterion-related validity of behavioural and self-report measures of problem-solving communication skills in distressed and nondistressed parent-adolescent dyads. *Behavioural Assessment, 2*, 339-352.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1991). Comorbidity of unipolar depression: Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 214-222.
- Rosen, G. M. (1977). *The relaxation response*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Roth, D., Bielski, R., Jones, J., Parker, W. y 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.
- Rude, S. S. y Rehm, L. P. (1991). Response to treatments for depression: The role of initial status on targeted cognitive and behavioral skills. *Clinical Psychology Review, 11*, 493-514.
- Ruscher, S. M. y Gotlib, I. H. (1988). Marital interaction patterns of couples with and without a depressed partner. *Behavior Therapy, 19*, 455-470.
- Sánchez, V. C., Lewinsohn, P. M. y Larson, D. W. (1980). Assertion training: Effectiveness in the treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology, 36*, 526-529.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior*. Nueva York: Free Press.
- Steinberg, L. y Silverberg, S. (1986). The vicissitudes of autonomy in adolescence. *Child Development, 57*, 841-851.
- Steinmetz, J. L., Lewinsohn, P. M. y Antonuccio, D. O. (1983). Prediction of individual outcome in a group intervention for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 331-337.
- Steuer, J. L. y Hammen, C. L. (1983). Cognitive-behavioral group therapy for the depressed elderly: Issues and adaptations. *Cognitive Therapy and Research, 7*, 285-296.

- Teri, L., Curtis, J. y Gallagher-Thompson, D. (1991, noviembre). *Cognitive-behavior therapy with depressed older adults*. Comunicación presentada en el National Institute of Mental Health Consensus Development Conference on the Diagnosis & Treatment of Depression in Late Life.
- Teri, L. y Gallagher-Thompson, D. (1991). Cognitive-behavioral interventions for treatment of depression in Alzheimer's patients. *Gerontologist*, 31, 413-416.
- Teri, L. y Lewinsohn, P. M. (1982). Modification of the pleasant and unpleasant events schedules for use with the elderly. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 444-445.
- Teri, L. y Logsdon, R. G. (1991). *Identifying pleasant activities for individuals with Alzheimer's disease: The pleasant events schedule-AD*. Sin publicar.
- Teri, L. y Uomoto, J. (1986). *Alzheimer's disease: Teaching the caregiver behavioral strategies*. Presentado en la reunión anual de la American Psychological Association.
- Thompson, L. W., Gallagher, D., Nies, G. y Epstein, D. (1983, noviembre). *Cognitive-behavioral vs. other treatments of depressed alcoholics and inpatients*. Comunicación presentada en la 17 Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C.
- Thoresen, C. E. y Mahoney, M. J. (1974). *Behavioral self-control*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Waller, M. y Griffin, M. (1984). Group therapy for depressed elders. *Geriatric Nursing*, 7, 309-311.
- Watson, D. L. y Tharp, R. G. (1972). *Self-directed behavior: Self-modification for personal adjustment*. Belmont, Ca: Wadsworth.
- Weiss, R. L., Hops, H. y Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, a technology for altering it, some data for evaluating it. En L. A. Hamerlynck, L. C. Handy y E. J. Mash (dirs.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice*. Champaign, Il: Research.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Holzer, C. E., Myers, J. K. y Tischler, G. L. (1984). The epidemiology of depression: An update on sex differences in rates. *Journal of Affective Disorders*, 7, 179-188.
- Weissman, M. M. y Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.
- Weissman, M. M., Prusoff, B. A. y Thompson, W. E. (1978). Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 317-326.
- Williams, J. G., Barlow, D. H. y Agras, W. S. (1972). Behavioral measurement of severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 27, 330-333.
- Wilson, P. H. (1982). Combined pharmacological and behavioral treatment of depression. *Behavior Research and Therapy*, 20, 173-184.
- Yost, E., Beutler, L., Corbishley, M. A. y Allender, J. (1986). *Group cognitive therapy: A treatment approach for depressed older adults*. Nueva York: Pergamon Press.
- Youngren, M. A. y Lewinsohn, P. M. (1980). The functional relationship between depression and problematic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 333-341.
- Youngren, M. A., Zeiss, A. M. y Lewinsohn, P. M. (1977). *Interpersonal events schedule*. Mimeografiado sin publicar, Universidad de Oregón.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M. y Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal, cognitive, and pleasant events focused treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Gotlib, I. H. y Hammen, C. L. (1992). *Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration*. Nueva York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A. y Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D., Steinmetz, J. y Teri, L. (1984). *The coping with depression course*. Eugene, Or: Castalia.
- Clarke, G. N., Lewinsohn, P. M. y Hops, H. (1990). *Adolescent coping with depression course*. Eugene, Or: Castalia.
- Hautzinger, M., Stark, W., y Treiber, R. (1992). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen* (2ª edición). Weinheim, Alemania: Psychologie Verlags Union.
- Gotlib, I. H. y Colby, C. A. (1987). *Treatment of depression: An interpersonal systems approach*. Nueva York: Pergamon.

17. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

ARTHUR FREEMAN y CAROL L. OSTER

I. INTRODUCCIÓN

La depresión es un problema humano tan frecuente en tantas culturas que se le ha denominado «el resfriado común de los trastornos emocionales». La respuesta depresiva puede constituir una reacción ante un estímulo estresante externo (p. ej., una pérdida) o ser más característico del patrón de respuestas de una persona frente al mundo. Podría suceder como episodio único o ser parte de una serie recurrente de episodios, ocurriendo con distintos niveles de gravedad. Sin embargo, cuando aparece puede contribuir a problemas que van desde la disforia o el malestar leves, que deterioran el funcionamiento de un individuo, hasta deseos y acciones que tienen como objetivo final la muerte causada por el propio individuo. Aunque la depresión parece ser una respuesta universal, constituye, sin embargo, una respuesta que puede limitarse en su gravedad, reducirse en su frecuencia y tener un impacto que no llegue a amenazar o afectar a la persona durante toda la vida.

La terapia cognitiva de Beck se desarrolló de forma específica en respuesta a la necesidad de tratamiento de la depresión (Beck, 1967; Beck, 1976; Beck *et al.*, 1979) y, así, la eficacia de la terapia cognitiva ha sido muy estudiada en sus aplicaciones a la depresión.

Independientemente de las variaciones en la manifestación de los síntomas y en el curso de la depresión, el enfoque cognitivo sobre la conceptualización y sobre el tratamiento de la depresión empieza con la observación de los procesos, las estructuras y los productos cognitivos comunes que parecen mediar y moderar todos los casos de depresión (Beck, 1991). Este capítulo describe el concepto cognitivo de la depresión y las estrategias de tratamiento que han surgido a partir de esta conceptualización.

El papel de las cogniciones en la depresión, desde la perspectiva de la terapia cognitiva, se interpreta a menudo erróneamente como un enfoque causal lineal simple, es decir, que las cogniciones (pensamientos) negativas causan la depresión. Si así fuera, las implicaciones para el tratamiento seguirían un razonamiento lineal igual de simple, es decir, el pensamiento positivo cura la depresión. Otro frecuente malentendido es que la perspectiva cognitiva se centra exclusivamente en los procesos internos de la depresión, excluyendo los acontecimientos externos o ambientales. La implicación de esta equivocación sería que una persona podría ser resistente ante la depresión independientemente de la gravedad de los acontecimientos de pérdida que tengan lugar en la vida de la persona. El

concepto cognitivo de la depresión no considera que ninguno de estos dos modelos causales simples sea correcto. Por el contrario, la perspectiva cognitiva es un modelo de diátesis-estrés: es decir, los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y los estados de ánimo están íntimamente unidos entre sí de manera recíproca. Las cogniciones, las conductas y los estados de ánimo tienen funciones de retroalimentación y de alimentación hacia adelante en un complejo proceso de procesamiento de la información, de regulación conductual y de motivación. Además, la perspectiva cognitiva implica a los primeros sucesos y aprendizajes de la vida en la creación de patrones de procesamiento de la información denominados "esquemas". Estos esquemas pueden predisponer a las personas a vulnerabilidades específicas emocionales y mantener los problemas emocionales una vez que se han iniciado los patrones conductuales, cognitivos y del estado de ánimo.

Es probable que la cognición esté relacionada con la mediación (vulnerabilidad) y con la moderación (manifestación y mantenimiento) de la depresión. Se considera que hay dos niveles de cognición que influyen en estos procesos. Estos dos niveles pueden describirse fácilmente como cogniciones profundas y cogniciones superficiales, respectivamente (Dobson y Shaw, 1986; Hollon y Bemis, 1981; Kwon y Oei, 1994).

Las cogniciones profundas se consideran factores predisponentes de vulnerabilidad que median el desarrollo de la depresión. A estas cogniciones se les ha colocado una serie de etiquetas, que incluyen los esquemas, las actitudes, las suposiciones básicas y las creencias centrales. Kwon y Oei (1994) describen que este nivel de cognición se compone de componentes básicos, estables y transituacionales de la organización cognitiva. Dichos componentes se desarrollan en respuesta a las primeras experiencias de la vida, por medio del aprendizaje social y operante, y preceden o acompañan al primer episodio de depresión. Los esquemas pueden operar de forma activa, determinando la mayoría de la conducta diaria de la persona, o pueden ser latentes, desencadenados por acontecimientos específicos. Pueden ser apremiantes y difíciles de resistir, o no apremiantes o fácilmente contrarrestados o resistibles (Beck *et al.*, 1990; Freeman y Leaf, 1989).

El desarrollo de los esquemas es un proceso natural y necesario. Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo. Guían la selección de información a la que la persona atiende o busca, dirigen los procedimientos modelo de búsqueda y proporcionan "valores por defecto" cuando falta información (Hollon y Garber, 1990). Afectan no sólo a la codificación de la información, sino también a procesos de recuperación de la misma. Al dirigir la codificación y la recuperación de la información, gobiernan la interpretación por parte de la persona de la experiencia o de la construcción de significados. Son un nexo para organizar la información.

Tal como funciona el cerebro humano para procesar la información, compara, contrasta, crea categorías y arregla estas categorías en jerarquías o conjuntos agrupados. Estos conjuntos no son normalmente estáticos e inmodificables, ni tampoco inestables y volubles. Si fueran de alguna de estas formas, no podría tener lugar el aprendizaje. Por el contrario, en el proceso de adaptación descrito

por Piaget (1954; Rosen, 1985, 1989), la información que llega se compara en primer lugar con el conocimiento, las categorías y las jerarquías existentes. El primer intento de la persona para vérselas con los estímulos internos o externos consiste en preguntar, «¿Qué es y dónde encaja con mi conocimiento/experiencia pasados?». Si se encuentran suficientes similitudes entre los estímulos y las estructuras de conocimiento existentes, el cerebro permanece "en equilibrio", dándose por satisfechos los procedimientos de búsqueda del procesamiento de la información. El nuevo acontecimiento se asimila por el conocimiento existente. Sin embargo, si existen suficientes diferencias, las reglas y las estructuras del conocimiento se modifican para acomodar los contrastes que se descubren. Si las alteraciones son muy pequeñas, probablemente el individuo necesitará hacer sólo esos cambios mínimos necesarios para el afrontamiento. Por otra parte, si las diferencias son grandes, pueden crearse categorías totalmente nuevas basadas en contextos que ya ocupan su sitio o bien nuevos subconjuntos de un conocimiento existente.

Tanto el contenido del conocimiento base como las reglas adquiridas y aprendidas que dirigen el procesamiento de información de una persona forman la "masa perceptiva", es decir, las suposiciones que hace una persona sobre el mundo y que determinan el planteamiento de ese individuo ante nuevas situaciones.

Este proceso no es sólo normativo, sino que también es eficaz. Una persona no puede atender a toda la información disponible que existe incluso en la circunstancia más simple. Se tiene que excluir cierta información. Otros elementos informativos tienen que colocarse en orden de prioridad e importancia con respecto a las decisiones que la persona tiene que hacer en esa situación. En la mayoría de las circunstancias, este nivel eficiente, global, del procesamiento proporciona un encaje lo "suficientemente bueno" para dirigir la conducta, las cogniciones superficiales, la autorregulación y el estado de ánimo de la persona. Es normalmente un proceso adaptativo.

II. LAS DISTORSIONES COGNITIVAS

Sin embargo, algunas cosas pueden ir, y de hecho van, mal. Aunque toda cognición se distorsiona por los procesos de construcción de significados y por la eficiencia y el conservadurismo básicos del procesamiento de la información, las cogniciones de las personas deprimidas se distorsionan de forma que crean malestar e interfieren con la conducta adaptativa. Los esquemas que son resistentes al cambio y a la adaptación hacen vulnerable al individuo ante las dificultades de adaptación. Los esquemas quedan formados en los primeros años de la vida, en situaciones de elevada carga emocional, y reforzados a menudo por agentes o instancias creíbles y con autoridad. Se vuelven potentes para influir sobre las cogniciones, las conductas y los estados de ánimo de la persona cuando se desencadenan por un acontecimiento de la vida que la persona considera, en cierta manera, similar al acontecimiento original. Incluso si la similitud es insignificante, se pueden aplicar los esquemas aunque no encaje con ellos.

Debido a que los esquemas dirigen las estrategias de búsqueda de la persona y la construcción de significados (es decir, las estrategias de interpretación), puede ignorarse la información inconsistente con los esquemas desencadenados o interpretarse de forma que no sea consistente con las interpretaciones validadas por consenso. Además, esquemas con elevada carga afectiva pueden usurpar esquemas más adaptativos y, posiblemente, obtenidos de forma más lógica, por medio de lo que Beck denomina un cambio cognitivo negativo (Beck, 1991). Este cambio se explicaría por los efectos de primacía y por el aprendizaje dependiente del estado.

Para empezar, un esquema puede ser erróneo. Incluso en la situación original, el significado que una persona asigna a un acontecimiento puede representar una equivocación, o una comprensión incompleta, de la causa y el efecto o de sus implicaciones. En especial, cuando los esquemas se adquieren en la primera infancia (antes de los 7-8 años), las limitaciones cognitivas y de experiencia asegurarían, incluso sin que ocurran otros problemas, que algunos esquemas tempranos que persisten en la edad adulta serán inmaduros y constituirán la base de interpretaciones incorrectas.

Añadido a esto se encuentra el impacto de fuentes altamente influyentes de interpretación, establecimiento de reglas y construcción de significados en la infancia, es decir, los padres del individuo. El poder de los padres, y la exposición repetida del niño a la construcción de significados por parte de ellos, asegura que dicha construcción de significados influirá de forma importante sobre la de los hijos. Incluso en situaciones aparentemente intrascendentes, el comentario de uno de los padres puede tener un efecto duradero sobre el punto de vista de la persona sobre sí mismo, el mundo y la experiencia. Las creencias y las actitudes que los padres comunican a los niños están sesgadas por el aprendizaje y la experiencia de vida de los padres. El esquema puede formar parte de un patrón de reglas familiares o culturales que sería casi indetectable por las personas mismas. Si las actitudes sobre el mundo, el sí mismo y la experiencia que los padres comunican a la persona están muy sesgadas o están codificados con una fuerte carga afectiva, pueden convertirse en lo que Young (1994) identifica como «esquemas tempranos desadaptativos».

Las personas interpretan sus experiencias de formas sistemáticamente sesgadas. Con el fin de situar las experiencias a lo largo de una dimensión relevante, se ignoran frecuentemente otras características dimensionales en ese momento. Se han identificado una serie de errores de procesamiento resultantes (Beck *et al.*, 1979; Burns, 1980; Freeman y Zaken-Greenburg, 1989). Cinco errores cometidos frecuentemente por las personas deprimidas son la inferencia arbitraria, la personalización, la abstracción selectiva, la sobregeneralización y la magnificación/minimización (Beck, 1976; Simon y Fleming, 1985). Cada uno de éstos representa la aplicación inapropiada de esquemas existentes, sin la adaptación a los aspectos únicos de la experiencia que traería respuestas conductuales y emocionales más adaptativas. La *inferencia arbitraria* ocurre cuando la persona saca conclusiones que no están en consonancia con la evidencia objetiva. Una persona que está deprimida hace interpretaciones negativas de los acontecimientos, cuando serían más apropiadas las neutrales o las positivas. Por ejemplo, una chi-

ca de 15 años concluyó que las personas que decoraron su casillero de la escuela la habían «escogido» para castigarla porque no les gustaba. Sin embargo, los decoradores de casilleros se consideraban en la escuela como un indicador de favor social. Dos tipos de inferencia arbitraria son el *lector de mentes*, donde el sujeto concluye que alguien está reaccionando negativamente ante él y no se molesta en comprobarlo («El/ella piensa que soy aburrido») y el *error del adivinador del futuro*, donde se anticipa que las cosas irán mal y el sujeto está convencido de que su predicción es un hecho ya establecido («Olvidaré lo que tengo que decir. Me quedaré en blanco. Haré el ridículo»).

La *personalización* implica la asignación inapropiada de significados de auto-evaluación a las situaciones. Una persona deprimida atribuye las experiencias de fracaso y de pérdida a sí misma, descartando los factores atribuibles a la situación o a los demás. La misma chica de quince años decidió que un amigo la estaba haciendo llamadas telefónicas de acoso porque ella no le gustaba a una tercera persona.

La *abstracción selectiva* ocurre cuando una persona atiende en exceso a la información consistente con el esquema y no presta atención a la información no consistente con estas suposiciones. Es un ejemplo de sesgo confirmatorio en el procesamiento de la información. En la depresión, la persona busca información consistente con sus puntos de vista negativos sobre sí mismo, el mundo y el futuro, y no busca, ni percibe, ni ve como válida la información que contrasta con este punto de vista. Una paciente consideraba que los problemas que su hijo tenía en la escuela eran indicativos de su fracaso como madre. No recordaba de forma espontánea la competencia de su hijo en otros temas, su ternura hacia los demás y su confianza en sí mismo a pesar de los problemas de aprendizaje. Cuando se le recordaban estas cuestiones, ella no las veía como señales de que era una buena madre, sino como evidencia de la resistencia del hijo a su mal comportamiento como madre.

La *sobregeneralización* se refiere a aplicar conclusiones apropiadas para un caso específico a toda una clase de experiencias basándose en las similitudes percibidas. Es un ejemplo de razonamiento global. En la depresión, una persona puede afirmar «Todo está arruinado. Toda mi vida es una ruina. Todo el mundo tiene la misma actitud». Un paciente concluyó que todas las personas asociadas a una religión determinada abusaban de los niños, debido a la experiencia que tuvo con algunas personas.

La *magnificación* y la *minimización* ocurren cuando la persona atiende en exceso a, y exagera la importancia de, aspectos negativos de la experiencia y descarta o infraestima la relevancia de la experiencia positiva. Un paciente se deprimía después de cada evaluación que le hacían los estudiantes, atendiendo más a los pocos comentarios críticos que a los muchos comentarios de aprecio que hacían los mismos.

Otros errores cognitivos que las personas deprimidas suelen cometer son:

- a. El *pensamiento dicotómico* o pensamiento «todo o nada», que se refiere a la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas (p. ej., «o tengo un éxito total o soy un fracaso»). Para describirse a sí mismo, el paciente emplea las categorías del extremo negativo.

- b. El *razonamiento emocional*, que se refiere a la suposición, por parte de las personas, de que sus emociones negativas reflejan necesariamente la forma como son las cosas: «Lo siento así, por consiguiente tiene que ser verdad» (p. ej., «me siento incompetente, luego soy incompetente»).
- c. La *descalificación de lo positivo*, que se refiere al rechazo de las experiencias positivas, insistiendo en que «no cuentan» por alguna razón (p. ej., «la alabanza fue innecesaria»). De esta forma, el individuo mantiene unas creencias negativas que son contradichas por las experiencias diarias.
- d. Las *afirmaciones de "debería"*. Se refiere a que la persona intenta motivarse a sí misma con «debes» y «deberías», como si tuviera que ser azotada y castigada antes de que se pudiera esperar que hiciese algo (p. ej., «deberían ser más amables conmigo»). Los «tengo que» y «tendría que» constituyen también infractores. La consecuencia emocional es la culpa. Cuando la persona dirige los «debería» hacia otras personas, siente ira, frustración y resentimiento.
- e. La *externalización de la propia valía* (p. ej., «lo que valgo depende de lo que los demás piensen de mí»).
- f. El *perfeccionismo* (p. ej., «tengo que hacer todo perfectamente o me criticarán y seré un fracaso»).
- g. La *falacia del control* (p. ej., «tengo que ser capaz de controlar todas las contingencias de mi vida»).
- h. La *comparación* (p. ej., «no soy tan competente como mis compañeros o supervisores»).

III. LOS ACONTECIMIENTOS ESTRESANTES Y LOS ESQUEMAS

Los esquemas determinan qué situaciones son consideradas como relevantes para la persona y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones. Es más probable que las personas se fíen del conocimiento pasado y de los patrones de conducta (esquemas) en las situaciones en las que la información no confirmadora no se encuentra inmediatamente presente, cuando la situación es abstracta en vez de concreta y cuando la situación es ambigua (Beck *et al.*, 1979; Beck, 1991; Kwon y Oei, 1994; Riskind, 1983). Es más probable también que las personas deprimidas interpreten de forma negativa las situaciones con las características anteriores, especialmente cuando la persona considera que la situación es relevante para su propia valía. Además, los acontecimientos negativos tienen un mayor impacto sobre las personas que las actitudes o esquemas disfuncionales (Stiles, 1990). De este modo, cuando un acontecimiento necesita más un análisis crítico, puede que sea menos probable que la persona se adapte y más probable que intente incorporar la nueva situación al repertorio existente de conocimiento y de respuestas. En las mejores circunstancias, esto tiene un propósito adaptativo: una rápida evaluación de una situación desconocida, utilizando el viejo conocimiento, puede salvar la propia vida. Pero llega a

constituir un problema cuando la evaluación no tiene en cuenta información esencial que exigiría una respuesta diferente.

IV. LA EVALUACIÓN DE LOS ESQUEMAS

Las reglas de una persona para el procesamiento de la información y el sesgo inherente a estas reglas no son observables directamente por los demás o no puede informar de ellos la persona. Aunque existen algunas medidas de actitudes disfuncionales o suposiciones básicas, una limitación de muchas de ellas es que confían en procedimientos de autoinforme estilo inventario. Por ejemplo, se ha criticado (Coyne y Gotlib, 1983; Segal, 1988) la *Escala de actitudes disfuncionales (EAD)* (*Dysfunctional attitudes scale, DAS*; Weissman, 1979) por recoger supuestamente cogniciones superficiales en vez de cogniciones profundas y por estar afectada por la deseabilidad social. Por lo tanto, las actitudes disfuncionales medidas por la EAD pueden ser dependientes del estado (Miranda y Persons, 1988). Una razón por la que la EAD puede tener acceso a las cogniciones superficiales en vez de a los esquemas centrales es que los esquemas —al menos los esquemas disfuncionales— suelen estar codificados afectivamente. En una situación emocionalmente neutral, pueden predominar en el informe de la persona esquemas más adaptativos. Algunas medidas corrigen el sesgo de autoinforme dando primacía al afecto, incluyendo viñetas que describen situaciones de la vida sobre las que se pide a los sujetos que manifiesten o respalden actitudes (Barber y DeRubeis, 1992).

Independientemente del nivel de cogniciones que se está evaluando por los instrumentos existentes, la investigación no apoya la conexión entre la tendencia a la depresión y las actitudes, incluso tal como las mide la EAD (Thase *et al.*, 1992).

V. LAS COGNICIONES SUPERFICIALES

Las cogniciones superficiales (o «pensamientos automáticos»), al contrario que las cogniciones profundas, son pensamientos relativamente inestables, transitorios y específicos a la situación (Beck *et al.*, 1979; Kwon y Oei, 1994). Surgen rápida y automáticamente, y parecen ser un hábito o reflejas. Aparentemente no están sujetas al control consciente de la persona y se aceptan sin crítica por parte de ésta, a quien le parecen perfectamente plausibles. Muy a menudo, el individuo no se da cuenta del pensamiento fugaz, aunque puede darse cuenta claramente de la emoción que le precede, le acompaña o le sigue (Beck, 1991).

A diferencia de los esquemas, que son relativamente inaccesibles a la introspección, estos pensamientos automáticos son accesibles por medio de la introspección y el autoinforme. Representan las conclusiones obtenidas por la persona basándose en las reglas del procesamiento de la información a las que siguen.

Es decir, son los productos de los procesos y estructuras que comprenden los esquemas (Beck, 1963, 1967, 1976; Freeman, 1986). Debido a que las reglas sobre el modo en que se procesa la información (esquemas) están sesgadas por la experiencia y el aprendizaje anteriores, los pensamientos automáticos tienden a girar sobre temas centrales; suelen ser repetitivos en el contenido y en el tono emocional.

Existe una serie de medidas de los pensamientos automáticos o cogniciones superficiales, aunque no todos estos instrumentos se diseñaron con ese constructo en mente. Entre dichos instrumentos se incluyen el *Cuestionario de pensamientos automáticos* (*Automatic thoughts questionnaire, ATQ*; Hollon y Kendall, 1980), el *Inventario de depresión de Beck* (*IDB*) (*Beck depression inventory, BDI*; Beck et al., 1961), la *Escala de desesperanza de Beck* (*Beck hopelessness scale, HS*; Beck et al., 1974), el *Inventario de ansiedad de Beck* (*Beck anxiety inventory, BAI*; Beck et al., 1988), y otros.

Los pensamientos automáticos se evalúan a menudo preguntando directamente a la persona sobre ellos. Cuando el terapeuta o el paciente notan un cambio en el afecto, una simple pregunta, «¿Qué estás pensando en estos momentos?», interrumpe el procesamiento automático y facilita que la persona piense sobre su pensamiento (metacognición) (Beck, 1991; Hollon y Garber, 1990).

VI. LA TRÍADA COGNITIVA

Las personas deprimidas no sólo procesan la información de maneras característicamente distorsionadas, sino que el contenido de sus pensamientos es también característicamente negativo y gira alrededor de determinados temas. Estos temas son pensamientos sobre uno mismo, el mundo o la experiencia, y el futuro. El tono afectivo es normalmente negativo tanto en la atribución (explicación causal después del hecho) como en la expectativa (predicción). Las atribuciones suelen ser globales («Es justo como soy»), estables («Siempre he sido de esa manera. Nunca cambiaré») e internas («Tiene que haber algo que no funciona en mí») (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978). El contenido de cada área es evidente en las cogniciones manifiestas y encubiertas de la persona y se ven en la conducta verbal y no verbal de la misma (Freeman et al., 1990). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas gravemente deprimidas estos pensamientos ya no son irrelevantes, apenas percibidos o pensamientos fugaces, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991). Además, los individuos deprimidos no creen que tengan el derecho o la capacidad para responder a estos pensamientos negativos de una manera positiva o adaptativa. El pensamiento negativo permanece «tal como se ha formulado», sin respuesta que pueda mejorar la verbalización negativa.

No se supone que los tres componentes de la tríada cognitiva (visión negativa de uno mismo, del mundo/la situación y del futuro) contribuyan por igual a la depresión de una persona (Freeman et al., 1990). Por ejemplo, en un estudio se encontró que las visiones negativas de uno mismo y del mundo eran más frecuentes

en el pensamiento de las personas deprimidas que las visiones negativas del futuro (Blackburn y Eunson, 1989). Las visiones negativas del futuro son características del pensamiento de las personas suicidas (Salkovskis, Atha y Storer, 1990). Las personas que experimentan una ira elevada junto con la depresión informan más a menudo de visiones negativas del mundo (Blackburn y Eunson, 1989).

Estas diferencias en la contribución de los componentes de la tríada cognitiva a la depresión de la persona requiere que la combinación idiosincrásica de los pensamientos automáticos que comprende la tríada sean evaluados en colaboración. De esta forma, pueden identificarse las áreas específicas de interés para el sujeto y la terapia adaptadas a las necesidades idiosincrásicas de la persona.

VII. EL MODELO INTEGRADOR

Los esquemas, los pensamientos automáticos y las distorsiones evidentes en ellos se combinan para contribuir distal y proximalmente a la experiencia de la depresión por parte de la persona. Los esquemas, como procesos y estructuras distales, dan como resultado un estilo depresogénico de atribuciones negativas globales, internas y estables (Abramson et al., 1978). Dicho estilo media el desarrollo de la depresión al crear una vulnerabilidad cognitiva que actúa conjuntamente con los acontecimientos negativos de la vida en un modelo de diátesis-estrés. Además, los esquemas contribuyen, junto con los acontecimientos de la vida, al desarrollo del contenido cognitivo negativo a nivel de pensamientos automáticos.

Los pensamientos automáticos en las personas deprimidas son acontecimientos proximales que son coherentes con las atribuciones negativas y las expectativas sobre uno mismo, el mundo o la experiencia, y el futuro. A este nivel, las cogniciones operan conjuntamente con los acontecimientos negativos de la vida, con el estado de ánimo (malestar) y con la conducta para mantener y moderar la manifestación de una depresión existente.

VIII. LA TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

El enfoque que se adopta en la terapia cognitiva de la depresión es normalmente una intervención a corto plazo. Los ensayos clínicos han incluido generalmente períodos de tiempo que van de 12 a 20 semanas como una prueba razonable de la terapia cognitiva (Blackburn et al., 1981; Murphy et al., 1984; Rush et al., 1977; Thase et al., 1991). En la práctica, el período de tiempo se adapta a las circunstancias particulares de la persona, incluyendo la coocurrencia de trastornos del Eje I (p. ej., ansiedad), trastornos del Eje II u otros trastornos psicológicos y los acontecimientos de la vida experimentados o anticipados durante la terapia. Aunque la mayor parte de la mejora se observa en las primeras semanas de terapia (p. ej., Berlin, Mann y Grossman, 1991; Kavanagh y Wilson, 1989), la pre-

vencción de las recaídas puede requerir sesiones que van más allá de la decimo-sexta o la vigésima (Shea *et al.*, 1992; Thase *et al.*, 1992).

Los terapeutas cognitivos son activos y directivos. El trabajo es a menudo de naturaleza psicoeducativa. Es decir, la persona enseña de forma activa habilidades, conductas o métodos para modificar las cogniciones. El terapeuta adopta una posición proactiva para establecer el orden del día o determinar la dirección del trabajo. Además, estructura de forma activa la terapia. Sin embargo, hay límites para la directividad del terapeuta. La terapia cognitiva es un modelo de colaboración. Puesto que un objetivo principal es que la persona adquiera la capacidad de abordar las cogniciones y las conductas por sí misma, el curso de la terapia tiene que empezar con, y ver un aumento de, la capacidad de la persona para establecer la dirección, el contenido y el ritmo de la terapia. El enfoque de colaboración aumenta la sensación de eficacia de la persona y contrarresta las atribuciones negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

Existen factores no específicos que tienen su impacto sobre la terapia cognitiva, lo mismo que sucede con todas las demás terapias (Frank, 1985). Entre aquéllos se incluyen el desarrollo de una buena relación de trabajo, la empatía manifestada por el terapeuta, la experiencia de universalidad de la persona y la experiencia de esperanza dentro de la terapia por parte del sujeto. La terapia cognitiva de la depresión consiste en un modelo de afrontamiento o de adquisición de habilidades, en vez de un modelo de curación. Los esquemas no se erradicán, sino que se modifican. Los pensamientos automáticos no se detienen, sino que se controlan y se contrarrestan. El terapeuta ayuda a la persona a desarrollar un rango de estrategias conductuales y cognitivas de afrontamiento para las exigencias presentes y futuras de la vida, y de esta forma modificar el estado de ánimo. La capacidad del individuo para controlar las cogniciones negativas y la percepción de autoeficacia para conseguirlo al final de la terapia predicen el mantenimiento de la respuesta a la terapia cognitiva (Kavanagh y Wilson, 1989).

Los principales objetivos de la terapia cognitiva para la depresión son los pensamientos automáticos negativos que mantienen la depresión y los esquemas (suposiciones y creencias) que predisponen a la persona a dicho trastorno en un primer momento (Kwon y Oei, 1994). El contenido principal consiste en ayudar a los sujetos a que se den cuenta de, y evalúen, las formas en que construyen el significado de sus experiencias y que experimenten con nuevas formas de responder, tanto cognitivamente como conductualmente. Aunque la cognición es un objetivo básico de la terapia, los terapeutas cognitivos utilizan también un amplio rango de enfoques conductuales, con el fin de cumplir con los fines cognitivos y conductuales (Freeman *et al.*, 1990; Stravynski y Greenberg, 1992).

El modificar las cogniciones disfuncionales, tanto a niveles superficiales como profundos, parece seguir un patrón típico, sea dirigido por el terapeuta o por el paciente. Un análisis de la tarea, llevado a cabo por Berlin, Mann y Grossman (1991), identificó tres requerimientos secuenciales:

1. Llegar a considerar las valoraciones cognitivo-emocionales como hipotéticas o subjetivas y, por consiguiente, sujetas a comprobación, investigación o examen;

2. Generar valoraciones alternativas, y emplearlas como base para la acción y para más pensamientos, o como base para la búsqueda de patrones o la identificación de esquemas; y
3. Generar suposiciones básicas más adaptativas, útiles o precisas, y utilizarlas como base para la cognición y la acción.

VIII.1. La evaluación y la socialización para el modelo de terapia cognitiva

Tanto el curso de la terapia en general como una única sesión de terapia cognitiva siguen una secuencia específica de acontecimientos. Las primeras tareas de la terapia cognitiva consisten en la evaluación de la persona y de sus circunstancias, en la conceptualización del problema según el modelo cognitivo, en socializar a la persona al modelo cognitivo y en identificar los objetivos y las intervenciones apropiadas en consonancia con el modelo. Estas tareas se solapan y se entremezclan entre sí. La evaluación a menudo es, y así debería ser, terapéutica. El socializar a una persona al modelo de terapia es una intervención que por sí misma produce un cambio significativo y retroalimenta la evaluación y la conceptualización.

La preparación de la persona para la terapia debe tener en cuenta el procesamiento depresotípico de información de la persona, incluyendo las distorsiones habituales de la misma. La baja eficacia de la persona deprimida puede llevarla a esperar que nada de lo que haga contribuirá a aliviarla y que cualquier mejora vendrá de los demás. Al mismo tiempo, pueden atribuirse cualquier fracaso a sí mismos (interno), a la permanencia de su estado de ánimo (estable) y a su carácter (global). Posiblemente esperan un alivio inmediato, automático y total y definir cualquier resultado que no sea esto como un fracaso (Abramson *et al.*, 1978).

Una preparación estructurada y educativa, para la terapia cognitiva, puede afectar positivamente a la capacidad de la persona para implicarse en dicha terapia y mejorar los resultados de la misma. La preparación puede realizarse por medio de explicaciones didácticas, por medio de folletos o libros (Burns, 1980; Freeman y DeWolf, 1989) o a través de vídeos (Schotte *et al.*, 1993). La gravedad de la depresión del sujeto, tal como la mide el *Inventario de depresión de Beck*, tiene un impacto negativo sobre la indefensión percibida ante los procedimientos preparatorios, como lo predeciría el modelo. Los pacientes informan que la mayoría de los aspectos útiles de la preparación son explicaciones sobre los síntomas, las causas y la terapia de la depresión y ejemplos de pensamientos, acciones y sentimientos frecuentes en la misma (Schotte *et al.*, 1993).

La evaluación cognitiva del individuo deprimido incluye una serie de medidas, además de los procedimientos de evaluación habituales formales e informales. Se presta atención específica a la visión triádica de uno mismo, del mundo y del futuro; a las distorsiones evidentes en su estilo atribucional y de expectativas; y a la historia de desarrollo de los esquemas de la persona. Debería señalar-

se que la evaluación no tiene como objetivo ayudar al terapeuta o al paciente a etiquetar a la persona o a su estilo, sino determinar los puntos de intervención con potencial para el cambio y los métodos para iniciar la modificación deseada.

Se investigan los acontecimientos de la vida que pueden haber desencadenado el episodio actual de depresión. La presencia de apoyo social se relaciona con la prevención de la recaída y de la recurrencia. El conflicto o el apoyo marital se encuentran fuertemente relacionados con la recaída o la recuperación en las personas casadas. Se exploran los mediadores, los moderadores, los precipitantes y las consecuencias de los pensamientos, de las conductas y de los estados de ánimo de los que informa la persona.

A partir de la evaluación, se desarrolla una conceptualización de la depresión del sujeto. El proceso para la formación de esta conceptualización sigue los pasos de la observación, la formación y la comprobación de hipótesis, pasos que hemos pedido a la persona que siga en la misma terapia:

1. ¿Cuál es el problema? ¿Cómo afecta al individuo? La persona y el terapeuta desarrollan una lista exhaustiva de problemas. Se supone que los esquemas que crean la vulnerabilidad para la depresión manifestarán una serie de cogniciones, conductas y emociones, que afectan a la vida del sujeto de muchas maneras. El examinar el rango de problemas puede indicar los esquemas subyacentes.

2. ¿Cómo se explica la persona el problema a sí misma? ¿Cuál es su modelo causal? ¿Cuáles son sus atribuciones y expectativas con respecto a su depresión? Éstas se relacionan con las estructuras y los procesos cognitivos que se supone crean vulnerabilidad a la depresión (esquemas) y que afectan a su expresión (esquemas y pensamientos automáticos).

3. ¿Cómo produce la depresión la interacción de las cogniciones, las conductas y los acontecimientos de la vida del individuo? Se exploran las fuentes de estrés y de apoyo en el entorno del sujeto y cómo éste responde a ellas y las utiliza. ¿Qué explicaciones distintas de las que mantiene la persona podrían explicar estas conexiones?

4. ¿Qué pruebas existen del modelo de la persona y de cualquier otro modelo o hipótesis? ¿Cómo están manteniendo la depresión las cogniciones, conductas y el contexto del sujeto?

5. ¿Cómo llegó la persona a pensar y a comportarse de la forma en que lo hace? El terapeuta y el sujeto construyen una hipótesis sobre cómo se desarrollan las distorsiones y los sesgos cognitivos del individuo —normalmente examinando las experiencias infantiles que se relacionan con los esquemas. Ésta es una búsqueda de los antecedentes, de las primeras conexiones estímulo-respuesta y de los episodios de aprendizaje social.

6. ¿Cómo explicaría esta hipótesis los acontecimientos actuales y los pasados? ¿Qué predicciones podrían hacerse sobre la forma en que los pensamientos automáticos y los esquemas de la persona se harán evidentes en, y afectarán a, los sentimientos y la conducta del sujeto dentro y fuera de la terapia? ¿Cuál sería la evidencia?

7. Si la hipótesis es correcta, ¿qué sugiere en términos de la intervención? (Persons, 1989).

El terapeuta y el sujeto pueden tener teorías o modelos diferentes sobre la depresión de la persona. El objetivo no es convencer al individuo de lo adecuado del modelo del terapeuta, sino ayudarle a que se dé cuenta de que su propio modelo es una teoría o hipótesis sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro; que las teorías y los modelos pueden evaluarse con respecto a su bondad para adecuarse a la información y a la experiencia; y que los modelos pueden revisarse cuando la adecuación no es lo suficientemente buena o útil. Es decir, el objetivo consiste en ayudarles a distanciarse a sí mismo de su modelo, con el fin de evaluarlo. Esto es, de hecho, el primer objetivo de la primera etapa de la terapia.

VIII.2. La estructura de una sesión típica

Una sesión típica de terapia cognitiva empieza con el establecimiento del orden del día. Una persona deprimida a menudo tiene dificultades para organizarse a sí misma con el fin de solucionar los problemas. Al establecer dicho orden conjuntamente, el terapeuta modela un enfoque de solución de problemas. Un orden del día típico podría incluir:

1. Revisión de las evaluaciones que haya rellenado la persona durante la semana antes de acudir a la sesión, como el *Inventario de depresión de Beck*, el *Inventario de ansiedad de Beck* y otras escalas. Esto permite que se incluyan temas específicos en el orden del día.

2. Una breve revisión de las interacciones y de los problemas de la semana. Se le puede pedir al sujeto que describa los aspectos específicos de los acontecimientos de la semana, incluyendo la reacción a la última sesión.

3. Una revisión de las tareas para casa, de lo que funcionó, de lo que aprendió, de los problemas que se encontraron y de las emociones, conductas y cogniciones que acompañaron al trabajo para casa.

4. Un problema específico como centro de la sesión. Las prioridades se determinan conjuntamente, de acuerdo con las preferencias del paciente y en consonancia con el modelo. Ello podría implicar el identificar y el cuestionar los pensamientos automáticos relacionados con un acontecimiento de la semana, la adquisición de habilidades, la comprobación de hipótesis, etc. Esto apuntaría a la necesidad de más información, o a los pasos siguientes en la solución de problemas, y dirigiría así la atención hacia la siguiente "tarea para casa" que sea necesario realizar.

5. Un resumen y un repaso de la sesión y retroalimentación para el terapeuta. Se deja siempre algo de tiempo antes de finalizar la sesión con el fin de pedir a la persona que revise y resuma lo que ha obtenido de la misma. Se identifican los objetivos y los logros de ésta y se repasan las tareas para casa de la siguiente sesión ligándolas a los objetivos. Se pregunta al sujeto por su respuesta a la sesión. Esto da el toque final a la misma y solidifica los beneficios conseguidos.

VIII.3. Las primeras sesiones

Hay una serie de factores que afectan al plan de tratamiento al principio de la terapia. La gravedad de la depresión, evaluada por el *Inventario de depresión de Beck* o la *Escala para la evaluación de la depresión*, de Hamilton (*Hamilton depression rating scale*, HDRS; Hamilton, 1960) y la *Escala de desesperanza*, puede indicar la necesidad de medicación. Una serie de estudios sugiere que las personas con una depresión más grave responden mejor y más rápidamente a la terapia cognitiva más farmacoterapia que a la terapia cognitiva sola (Bowers, 1990; Shea *et al.*, 1992). En general, cuanto más gravemente deprimida esté la persona, mayor será la necesidad de evaluación farmacológica y más conductuales y específicas necesitarán ser las intervenciones iniciales.

El objetivo de las primeras intervenciones consiste en ayudar a la persona a interrumpir el procesamiento automático de la información, que contiene pensamientos negativos disfuncionales, habituales y aceptados sin críticas. El terapeuta enseña a la persona a darse cuenta, capturar e interrumpir los pensamientos automáticos (Beck *et al.*, 1979; Freeman *et al.*, 1990). Esto se realiza frecuentemente haciendo preguntas y por medio de alguna forma del *Registro diario de pensamientos (RDP)* (*Daily thought record*, DTR) (véase cuadro 17.1). El empleo del RDP se enseña paso a paso, se practica en las sesiones y luego se utiliza como tarea para casa. El RDP ayuda a conseguir ejemplos de los pensamientos automáticos en vivo de la persona para ser empleados en la evaluación, para facilitar la metacognición (pensar sobre su pensamiento) independiente, para aumentar la autoeficacia y la esperanza, para facilitar la generalización y la transferencia del aprendizaje y para disminuir la ansiedad concomitante por medio de la distracción.

El RDP no se lleva a cabo totalmente en la(s) primera(s) sesión(es) en la(s) que se introduce, sino cuando la persona es capaz y tiene la necesidad de hacerlo. El RDP puede adaptarse a la situación del individuo y a las características del mismo. Habitualmente "descubrimos" el formato del RDP conjuntamente con el sujeto empleando el descubrimiento dirigido, preguntando qué merecería la pena conocer y qué información podría ser más tarde útil. Además, modificamos los encabezamientos de las columnas para problemas específicos, para los niños o para los adolescentes. Sin embargo, los objetivos básicos y el formato (situación, pensamientos, conductas) se mantienen.

Otras intervenciones tempranas se dirigen, de forma similar, a la evaluación y a la formación de hipótesis, a fomentar el movimiento, la distracción y a interrumpir el procesamiento automático. Por ejemplo, se pide a personas gravemente deprimidas que rellenen un *programa de actividades*. El individuo sigue la pista a sus actividades durante el curso de una semana, de varios días o de un día. Su percepción de «No puedo conseguir hacer nada» es un ejemplo de baja autoeficacia, expectativas negativas, minimización de lo positivo y maximización de lo negativo. El programa de actividades contrarresta estos pensamientos al permitir que la persona y el terapeuta examinen lo que aquella ha hecho realmente a lo largo de varios días. Además, el programa de actividades descubre la frecuencia de las actividades reforzantes o recompensantes.

CUADRO 17.1. Hoja de autorregistro para la identificación de pensamientos disfuncionales

Registro diario de pensamientos						
Fecha	Situación	Emoción(ões)	Pensamiento(s) automático(s)	Distorsión(es) cognitiva(s)	Respuesta(s) racional(es)	Resultado(s)
1	Describe brevemente el acontecimiento real que motivó la emoción desagradable, o	1. Especifique tipo, intensidad, etc.	1. Anote el(los) pensamiento(s) automático(s) que preceden o acompañan a la(s) emoción(es)	1. Identifique la(s) distorsión(es) presente(s) en cada pensamiento automático	1. Anote la(s) respuesta(s) racional(es) al(los) pensamiento(s) automático(s), de 0 a 100	1. Vuelva a evaluar el grado de creencia en los pensamientos automáticos, de 0 a 100
2	La corriente de pensamientos o el recuerdo que motivó la emoción desagradable	2. Evalúe la intensidad de la emoción, de 1 a 100	2. Evalúe el grado de creencia en el(los) pensamiento(s) automático(s), de 0 a 100	2. ¿De qué manera estoy personalizando, abstraendo selectivamente, minimizando, etc.?	2. Evalúe el grado de creencia en la(s) respuesta(s) racional(es), de 0 a 100	2. Especifique y evalúe de 0 a 100 las emociones que le siguen

Ese programa de actividades se emplea también para programar tareas, aumentar la autoeficacia y contrarrestar la desesperanza, dividir tareas complejas en pequeños pasos, y contrarrestar la conducta y los patrones de pensamiento de "todo o nada". Se pueden programar actividades agradables para aumentar el refuerzo. Los individuos deprimidos tienen dificultades para identificar alternativas. Sus recuerdos son congruentes con su estado de ánimo (Bradley y Matthews, 1988; Gotlib, 1981; Pace y Dixon, 1993). A menudo tienen dificultades para identificar las actividades agradables que han realizado. Es importante que el terapeuta evalúe el potencial del sujeto para el agrado y la variedad de las actividades y que estimule el recuerdo o la creación de alternativas agradables que puedan emplearse como autorreforzadores.

El programa de actividades puede incluir más tarde evaluaciones del agrado y de la destreza. Aunque esto se describe a menudo como una técnica conductual, el propósito de esas evaluaciones desde la perspectiva de la terapia cognitiva es tener un efecto sobre las expectativas. Se pide al individuo que haga predicciones sobre su capacidad para afrontar y disfrutar de las actividades o acontecimientos anticipados. Esto evalúa las expectativas negativas de la persona. Los sujetos deprimidos habitualmente sobrestiman las dificultades de la tarea e infraestiman tanto su capacidad para afrontarla como su potencial para obtener placer de ella.

Después de que tienen lugar los acontecimientos programados, se pide a la persona que vuelva a evaluar su dominio de, y el agrado producido por, la tarea o el acontecimiento. La diferencia entre expectativas y experiencia demuestra el efecto de las cogniciones sobre la conducta y el estado de ánimo. A menudo la actividad que se evalúa es una de la que el sujeto se habría retirado o evitado, debido a predicciones negativas. Puesto que frecuentemente el dominio y el agrado del paciente son mayores que los anticipados, se fomenta en el sujeto el planteamiento de que «lo que uno siente no es la realidad» y la decisión de actuar de una determinada manera se aleja un poco del procesamiento automático con base emocional.

Por medio de estos registros y exploraciones del pensamiento y del comportamiento del individuo entre y dentro de las sesiones, se buscan patrones en el pensamiento y en la conducta y se ponen al descubierto, de acuerdo con el modelo cognitivo integrador.

Los cambios del afecto dentro de la sesión son señales para comprobar los pensamientos automáticos, preguntando: «¿Qué estás pensando en estos momentos?». Se identifican los patrones del contenido, del estímulo y de las consecuencias conductuales o emocionales (modelo ABC o E-O-R-C). Esto lo podemos ejemplificar en los dos casos siguientes.

Caso A. Una mujer de 35 años se volvía llorosa, deprimida y ansiosa cada vez que su madre la llamaba por teléfono. La madre había sido muy crítica y la había maltratado cuando la paciente era una niña. La madre pegaba, pellizcaba y regañaba a su hija adulta por cualquier deficiencia percibida. Las llamadas telefónicas de aquella (antecedente) siempre tenían como resultado pensamientos de automenoprecio y suicidas en la paciente. Éstos eran tanto pensamientos automáticos («No

lo puedo soportar. Estaría mejor muerta») como creencias básicas («No soy buena. ¿Para qué? Nunca seré mejor. Es culpa mía»). Respondía con un aislamiento importante y un aumento de la dependencia hacia su marido (consecuencia).

Caso B. Un niño de diez años identificaba cualquier actuación en la escuela que no fuera perfecta (antecedente) como un fracaso y como prueba de su falta de valía (creencia básica sobre los fundamentos de la valía). Se volvió pesimista y malhumorado y se aislaba en detalladas fantasías que giraban sobre temas de la muerte y la inmortalidad (consecuencia).

En las primeras sesiones de terapia se utilizan técnicas específicas, como la *técnica de la flecha descendente* (Burns, 1980), para llevar a la conciencia los procesos de construcción de significados y las suposiciones subyacentes de la persona. La técnica de la flecha descendente implica hacer a la persona una serie de preguntas sobre el significado y las atribuciones causales de sus pensamientos o experiencias: «¿Y qué significaría eso?... Y si fuese así, ¿qué implicaría? Y si fuera ése el caso, ¿qué pasaría entonces?».

El clarificar el significado idiosincrásico entraña también hacer explícito el razonamiento y la construcción de significados del sujeto. El terapeuta interrumpe el empleo por parte del paciente de las generalizaciones y expresiones globales y le pide que sus términos sean específicos y descriptivos. Se anima y se ayuda a que el paciente clarifique palabras que expresan absolutos, como "siempre" y "nunca", o categorías globales de personas, como "todos", para desbaratar el pensamiento global.

Estas técnicas ayudan al sujeto a hacer explícitos su cadena de asociaciones y su razonamiento causal. Exponen el modelo o la hipótesis de la persona y la animan a que sea metacognitiva: que piense y se pregunte sobre su proceso de construcción de significados. Aunque es muy posible que cambie los esquemas solamente por medios conductuales o experienciales, la terapia cognitiva asume que el distanciamiento cognitivo de las suposiciones básicas y el considerarlas como hipotéticas y subjetivas, en vez de verdaderas, hacen más fácil el proceso de cambio (Meichenbaum y Turk, 1987).

Otra intervención utilizada a menudo por los terapeutas cognitivos al comienzo de la terapia es *etiquetar*, y ayudar al paciente a hacerlo, sus distorsiones cognitivas. Existen distintas listas de distorsiones, definiciones y ejemplos (Burns, 1980; Freeman y Zaken-Greenburg, 1989). El propósito de poner nombre a las distorsiones no es diagnosticar a la persona o a su pensamiento, sino indicar patrones o sesgos en la interpretación y búsqueda de información por parte del individuo, interrumpir el procesamiento automático y proporcionar a la persona una herramienta para pensar sobre su pensamiento, de modo que el procesamiento de la información sea, al menos temporalmente, más deliberado. La técnica de la triple columna (véase cuadro 17.2) se utiliza para etiquetar la distorsión cognitiva y proponer, además, una respuesta más racional.

La primera fase de la terapia saca a la luz el modelo de explicación de la persona (esquemas, creencias básicas, estilo atribucional), los sesgos en su búsqueda de información y en sus hábitos de selección, y las formas en que las cogniciones, la conducta, los acontecimientos de la vida y el estado de ánimo se encuen-

CUADRO 17.2. Técnica de las tres columnas por medio de la cual se etiquetan los errores cognitivos y se sustituyen los pensamientos automáticos negativos por otros más racionales

Pensamiento automático negativo	Distorsión cognitiva	Respuesta racional
Los problemas surgen siempre cuando tengo prisa	Personalización	Los problemas pueden surgir en cualquier momento
Si acudo a la fiesta se producirán consecuencias terribles	Catastrofización	No tiene por qué pasar nada terrible. Simplemente trataré de divertirme
Nunca hago nada bien	Sobrogeneralización	Realmente hago muchas cosas bien
Deberían ser amables conmigo	Afirmaciones de "debería"	Me gustaría que fueran amables conmigo, pero ellos tienen libertad para actuar
Se debió a la suerte. No cuenta	Descalificación de lo positivo	Se debió al esfuerzo que realicé ¡Bien!

tran relacionados en el individuo. Aunque es una etapa complicada, normalmente se lleva a cabo en seguida. El hacer manifiesto el proceso heurístico de la persona es una experiencia terapéutica por sí misma y produce cambio y alivio de los síntomas. De hecho, se ha identificado habitualmente que el descenso mayor de los síntomas autoinformados de la depresión ocurre en las primeras cuatro semanas de la terapia cognitiva (Berlin *et al.*, 1991).

VIII.4. La fase media de la terapia

El centro de atención de la segunda fase de la terapia es generar, analizar y practicar conductas, atribuciones, expectativas e hipótesis alternativas. Es decir, el objetivo consiste en modificar los patrones de conducta y los pensamientos automáticos desadaptativos y sus esquemas subyacentes. Esto requiere que la persona se vuelva consciente de su procesamiento de la información y de sus actividades de construcción de significados (Hollon y Garber, 1990). El crear este nivel de conocimiento es igual que pedir a una persona que modifique la forma en la que pasea, que cree una nueva forma de moverse físicamente. Se comportará torpemente y, normalmente, resultará incómodo. Los síntomas autoinformados de la depresión en la fase media pueden fluctuar (Berlin *et al.*, 1991).

A menudo utilizamos la *metáfora* para explicar y predecir dicha experiencia. Cuando una persona aprende por primera vez a conducir un coche se da frecuentes autoinstrucciones. Conforme se domina la conducción, el "habla con uno mismo" manifiesta se desvanece y se vuelve intermitente. Finalmente, conducir se convierte en un proceso automático que no requiere apenas pensar o una toma de decisiones consciente. Sin embargo, si el coche empieza a tener problemas, hay un accidente o el tiempo empeora, reaparecen el examen y el habla con uno mismo. Modificar los pensamientos automáticos y los esquemas requiere de la metacognición y de autoinstrucciones manifiestas. El predecir esta experiencia y el malestar que la acompaña es una técnica paradójica dirigida a normalizar la experiencia del individuo y a eliminar sus molestias secundarias.

El generar, analizar y practicar atribuciones, expectativas y conductas alternativas se lleva a cabo utilizando una serie de intervenciones. Las respuestas a los pensamientos automáticos y a los esquemas caen dentro de las categorías diseñadas para interrumpir el procesamiento automático, aumentar la metacognición, mejorar la solución de problemas y redistribuir la atribución.

En la etapa media de la terapia se enseña al paciente a descubrir, combatir o contrarrestar los pensamientos automáticos, primero en retrospectiva y luego conforme surgen en vivo. Cuando se identifican, se examinan y se interrumpen dichos pensamientos automáticos (primero en las sesiones, luego como tarea para casa), se enseña al paciente a que "discuta el asunto". Los pensamientos automáticos se contrarrestan preguntando al sujeto por las pruebas que existen a favor y en contra de sus atribuciones y expectativas; presentando una hipótesis alternativa y examinando las evidencias a favor y en contra de esa alternativa; o planteando la atribución como específica en vez de global, como situacional en vez de interna y como transitoria en vez de estable.

Sin embargo, la persistencia en esta línea de descubrimiento dirigido a menudo produce que la persona experimente alguna fuerte emoción. Esto puede significar que el sujeto ha llegado al planteamiento de una creencia básica, normalmente de relevancia para la percepción de sí mismo. Éste es un momento óptimo para la intervención: se encuentran activados tanto el aprendizaje emocionalmente codificado, dependiente del estado, como el estado. Con la activación del estado en el que se codificó el aprendizaje primero, existe la oportunidad de crear un nuevo esquema inconsistente con el esquema original o modificar de forma significativa este esquema. Las expectativas, atribuciones y explicaciones alternativas que se descubren o se adquieren en este momento tienen un impacto máximo. El esquema original puede convertirse en condicional en vez de ser algo absoluto. El examinar alternativas o generar opciones a los pensamientos, las emociones y las conductas entraña el considerar la existencia de, y entonces explorarlos, otros posibles puntos de vista o explicaciones de las situaciones en las que participa el individuo. Se utilizan tanto preguntas socráticas («¿Me pregunto qué otras explicaciones has considerado?») como preguntas estocásticas («Otra explicación podría ser que...») para ayudar al paciente a desarrollar una lista de alternativas. Esta lista desbarata el pensamiento "todo o nada" característico de las personas deprimidas, inicia la reatribución e interrumpe la terminación prematura de los comportamientos de búsqueda de datos.

Se pide a la persona que investigue y evalúe los pensamientos sobre sus atribuciones y expectativas. Es importante pedir al sujeto que considere las pruebas a favor y en contra de sus propias hipótesis. Además, es importante cuestionarse las evidencias a favor y en contra de modelos alternativos, incluso si al terapeuta le parecen que son claramente más adaptativos.

La exigencia de un abandono inmediato o apresurado del modelo causal del sujeto, o una lealtad inmediata a una explicación alternativa, es probable que resulte un fracaso. La persona necesita explorar y considerar las consecuencias sociales, emocionales, personales y conductuales de modificar su modelo causal (Berlin *et al.*, 1991). Los esquemas se convierten en características definitorias de la persona y se mantienen firmemente porque constituyen la misma base desde la que se toman decisiones tanto triviales como importantes. El abandonar atribuciones mantenidas durante mucho tiempo podría cambiar el sentido mismo de identidad del individuo. Además, no se puede desechar una hipótesis o un esquema disfuncional hasta que se proponga y se acepte un modelo de funcionamiento igual o mejor.

El *descatastrofizar* se emplea cuando la persona predice importantes consecuencias negativas para los acontecimientos y se atribuye poco poder para el afrontamiento. Constituye un método de contrarrestar las expectativas negativas. El centro de atención de la descatastrofización es la predicción del futuro. Se le pregunta al sujeto, «¿Qué sucedería entonces? ¿Y entonces que harías?». Si la atención se mantiene en la conducta de afrontamiento, en vez de en el significado que la persona atribuye al acontecimiento, ésta llegará a menudo a la conclusión de que finalmente puede afrontarlo.

Caso C. Una paciente se deprimió cuando ella y su marido tuvieron problemas económicos. Sus pensamientos automáticos incluyeron, «Vamos a perder el negocio. Vamos a ir a la bancarrota. ¿Cómo vamos a alimentar a los niños? Todo el mundo sabrá que hemos fracasado». Su estado de ánimo era de depresión y de ansiedad. Se apartó de los amigos y dejó de comer «con el fin de ahorrar dinero». Se utilizaron dos enfoques para disminuir su razonamiento catastrófico. En primer lugar, se le insistió para que obtuviera información sobre el verdadero estado de sus finanzas. Esto le permitiría emplear atribuciones y expectativas específicas en vez de globales. En segundo lugar, se le pidió que se imaginara que sucedía lo que temía y que hiciera planes contingentes, contestando a la pregunta, «¿Y entonces que harías?». El desarrollo de un plan de actuación, cambiando el centro de atención de plantearse lo que esto significaba para ella, su marido, su matrimonio o el futuro, contrarrestó su personalización y las expectativas globales negativas.

El *situarlo en una escala* se emplea para terminar con el pensamiento exagerado o dicotómico. A una persona que expresa un punto de vista exagerado, o pensamiento categorial, se le pide que determine los extremos de un continuo relevante (de 1 a 10, de 1 a 3 o de 1 a 100) con algún acontecimiento de la vida que represente un extremo de la característica y que luego coloque la experiencia actual en ese continuo. Por ejemplo, la vez que más y la vez que menos cólera le ha dado específica los extremos del continuo y la ira de hoy se compara con esos extremos. El uso repetido a lo largo del tiempo de situar en una escala los acontecimientos puede ayudar a la persona a prestar atención a la mejoría de los síntomas.

Caso D. Una paciente se describía continuamente a sí misma como «totalmente deprimida», a pesar del informe subjetivo (la mejora de las puntuaciones en el *Inventario de depresión de Beck*), de las pruebas objetivas (hacia más trabajo en la casa) y del informe de su marido sobre la mejoría en el estado de ánimo y en el nivel de actividad. Se le preguntó, «¿Cuál fue el día en que se sintió más deprimida?» y describió el día en que se le diagnosticó cáncer a su querida hermana. A dicho día se le asignó un valor de 100. Al día que estuvo menos deprimida, el día que se casó, se le asignó el valor de 1. Empleando estos anclajes y llevando un registro de acontecimientos o de días evaluados en esta escala de referencia, fue capaz de situar su experiencia diaria de la depresión en perspectiva.

Las personas deprimidas suelen tener un pensamiento dicotómico. Es decir, tienden a describir las experiencias perteneciendo a una de dos categorías opuestas y mutuamente excluyentes, como la perfección o el fracaso. Se puede ayudar a los sujetos a que consideren las variables categorizadas como continuos. Por ejemplo, la paciente en el Caso D concluyó, «No puedo confiar en absoluto en mi hijo». El situarlo en una escala le ayudó a descubrir que aunque no se podía confiar totalmente en su hijo, tampoco era una persona de la que no se pudiera confiar en absoluto. Esto llevó a una discusión de los factores específicos (en vez de globales), externos (en vez de internos), situacionales (en vez de permanentes), que correlacionaban con ejemplos de honestidad y deshonestidad en el hijo.

La *externalización de las voces* es un método para identificar los esquemas y los pensamientos automáticos, con el fin de evaluarlos, examinarlos o contrarrestarlos. Además, puede ayudar a identificar el origen de los esquemas que, junto con los acontecimientos de la vida, generan los pensamientos. La externalización de las voces hace manifiesto el diálogo interno que fluctúa entre esquemas disfuncionales a esquemas más razonables. Se utiliza cuando el sujeto informa o muestra cierto conocimiento de puntos de vista alternativos, pero tiene problemas para mantenerse en el punto de vista más útil o adaptativo. Se pide al individuo que informe del pensamiento automático y de la respuesta racional o más adaptativa a ese pensamiento. Luego, estas dos "voces" se hacen más explícitas. Al resaltar el "razonamiento" de los dos puntos de vista, el sujeto es capaz de procesar datos o pruebas de forma más deliberada a favor de uno u otro lado.

A veces, el terapeuta representa el papel de la más débil de las dos voces, con el fin de que el "razonamiento" se sostenga durante el tiempo suficiente para el examen deliberado de la información. Más tarde, en la terapia, se puede utilizar la externalización de las voces para ayudar a la persona a practicar la interrupción del procesamiento automático e implicarse en un procesamiento de la información más deliberado, y a representar los acontecimientos estresantes anticipados.

VIII.4.1. La comprobación de hipótesis

El proceso que implica el desarrollo de hipótesis sirve para enseñar uno de los pasos de la solución de problemas y mejora la sensación de eficacia de la persona. Poner en una lista las ventajas y las desventajas puede hacerse oralmente o por escrito. Plasmar el proceso en papel hace a la solución de problemas más concreta. Posibilita más deliberaciones sobre alternativas y permite la comparación de ambos lados de la situación. Crea un registro del proceso que la persona puede emplear como modelo en una futura solución de problemas. De nuevo, es importante poner en una lista las ventajas de las conductas o atribuciones disfuncionales del sujeto lo mismo que las desventajas de alternativas más adaptativas.

El examen de las experiencias de la vida por medio de experimentos cognitivos y conductuales permite al sujeto poner a prueba atribuciones y expectativas sobre sí mismo y su situación. Esto puede llevarse a cabo dentro de las sesiones a través de la representación de papeles, de procedimientos que utilizan la imaginación o de la adquisición y práctica de la habilidad. La comprobación de hipótesis a menudo incluye tareas fuera de la terapia (tareas para casa) que requieren que las personas se observen a sí mismas y a los demás, o que actúen de maneras diferentes a aquellas que son consistentes con los esquemas, para recoger información sobre la validez de las expectativas y las atribuciones. Estas comprobaciones tienen que incluir mecanismos "a prueba de fallos" que permitan éxitos parciales, predigan dificultades y proporcionen a la persona una manera de responder a los problemas que ocurran.

A la paciente del Caso A se le ayudó a desarrollar una hipótesis alternativa sobre la conducta cruel y de maltrato de su madre, una que se centraba en atribuir

la conducta de la madre a la necesidad de un control absoluto y contrarrestar de esta forma la atribución interna de la paciente. Durante las sesiones, la paciente puso en una lista las distintas tácticas de control que su madre empleaba durante las llamadas telefónicas y el orden en el que las utilizaba. Ella hipotetizó además sobre las razones de las distintas tácticas y su orden. Colocó esta lista cerca del teléfono. Durante las siguientes dos llamadas telefónicas de la madre, contrastó las tácticas y el orden de ésta con la predicción escrita y la hipótesis del "control dictatorial de la madre". Esto era útil por sí mismo, puesto que ayudaba a la paciente a interrumpir sus pensamientos automáticos y a sumergirse en un procesamiento de la información deliberado. La paciente practicó la comprobación de las afirmaciones de la madre (p. ej., «Eres una horrible ama de casa») frente a la evidencia. La paciente exploró luego modos alternativos de responder a la conducta de la madre, utilizando la reatribución. Estableció un método firme, pero sin enfrentamientos, de terminar las conversaciones tan pronto como la comunicación de la madre se convertía en injuriosa. Esto se generalizó más tarde a las interacciones cara a cara entre la paciente y su madre, y a la conducta y comunicación de la madre con los hijos de la paciente.

Durante la comprobación de la hipótesis y la producción de soluciones alternativas, los pacientes a menudo son pesimistas sobre las consecuencias de cambiar los patrones existentes. Se necesita identificar las consecuencias y las reacciones realistas de los demás y se tienen que hacer planes para minimizar los efectos negativos para los pacientes y otras personas importantes de sus vidas. Esto tiene un interés práctico: es poco probable que se mantengan las alternativas seguidas por consecuencias negativas, incluso si se puede demostrar que son más sanas o útiles en otros aspectos.

Cuando se pueden anticipar los pensamientos automáticos y los hábitos o patrones conductuales que requieren cambios, se ayuda a los pacientes a desarrollar conductas, imágenes y pensamientos alternativos. El imaginarse en detalle el estado de los objetivos o los resultados deseados y el desarrollar autoverbalizaciones de afrontamiento para emplearse en la persecución del objetivo y, en particular, para contrarrestar los pensamientos automáticos negativos anticipados, es esencial para llevar a cabo un cambio cognitivo y conductual fuera de la sala de terapia. Este proceso empieza pidiendo a la persona que considere el peaje, el impacto o el precio que pagan por las conductas o los pensamientos negativos o que investiguen el valor global de mantener las cogniciones, emociones o conductas presentes. Se puede ayudar al paciente a desarrollar autoverbalizaciones o conductas que exijan un precio menor o que sean más útiles.

Aunque la terapia cognitiva conceptualiza el proceso de cambio recalcando la interacción entre las cogniciones, el estado de ánimo, la conducta y los acontecimientos de la vida con el énfasis puesto en la cognición, las técnicas conductuales se han empleado desde siempre en la terapia cognitiva. Este proceso de cambio no está completo hasta que afecte a los patrones conductuales del individuo. La *programación de actividades, las técnicas que utilizan la imaginación* y otros procedimientos ya mencionados conllevan aspectos tanto conductuales como cognitivos.

Las técnicas consideradas conductuales, pero empleadas a menudo en el repertorio del terapeuta cognitivo, incluyen el *entrenamiento en habilidades socia-*

les, el entrenamiento en asertividad, la asignación de tareas graduadas para la aproximación sucesiva, el ensayo de conducta, la exposición en vivo y el entrenamiento en relajación. Éstas se utilizan para mejorar las estrategias de afrontamiento por medio de la enseñanza directa y la práctica de habilidades específicas de funcionamiento interpersonal, de solución de problemas y de autorregulación. En las manos de un terapeuta cognitivo se resaltan los aspectos cognitivos de cada uno de estos procedimientos. Es decir, se presta atención en la terapia a las autoverbalizaciones de atribución y de expectativa que acompañan a la introducción y al dominio de cada técnica o habilidad, además de a la actuación conductual.

VIII.4.2. El empleo de la emoción en terapia

La emoción y el estado de ánimo son aspectos centrales de la terapia cognitiva. La teoría mantiene que los esquemas emocionalmente codificados son más potentes que el aprendizaje codificado de forma lógica. Además, los esquemas codificados emocionalmente son predominantes para dirigir la respuesta de la persona en situaciones que tienen un significado emocional para el sujeto. Por consiguiente, los esquemas se modifican mejor cuando se activa el afecto que acompañó a su codificación y que actualmente acompaña a su expresión. La activación emocional ocurre de forma natural en el relato, por parte de la persona, de las historias de su vida. Si un individuo narra dificultades sin afecto, se puede activar la emoción empleando la técnica de la fecha descendente o pidiendo a la persona que relate el incidente que describa mejor el problema que está planteando (un incidente crítico).

El nuevo aprendizaje estará sujeto al cambio cognitivo negativo si no se codifica afectivamente. Es esencial afianzarlo codificándolo junto con estados afectivos análogos, como sucedió con los esquemas desadaptativos. La codificación del aprendizaje dependiente del estado que entra en conflicto con los esquemas originales debilita la asociación entre las características críticas de la situación y los patrones de conducta y pensamiento que la siguen. Es decir, la conexión original estímulo-respuesta se debilita al crear una respuesta alternativa igualmente viable. Esto hace más probable que la persona disponga en la realidad de al menos una alternativa al patrón problemático de cogniciones y conductas.

Caso E. Una paciente con una historia de abuso grave por parte de su madre decidió cortar las relaciones con su familia cuando su hermano y su madre prefirieron seguir con el padre después de haber sufrido ella este abuso. Esta decisión tan difícil y la tranquilidad por parte de su familia ante su marcha lo experimentó como abandono, una atribución global y estable. Se describió a sí misma como huérfana y experimentó esta pérdida con una grave depresión. Se definía a sí misma como una víctima, no sólo del abuso del padre, sino también del abandono por parte de su madre y de su hermano. Describió la última experiencia de rechazo, y su experiencia cuando hizo que su madre se enfrentara al

relato que contaba los abusos del padre, en una sesión conmovedora y llena de lágrimas. Después de oír y responder a su dolor y a su pérdida, el terapeuta hizo una pausa y afirmó, «Me encuentro un poco confuso. Me parece que, en vez de ser abandonada, marginada, sucedió algo muy diferente. Me parece que tomó una decisión para salvarse a sí misma».

Esta intervención demostró ser esencial en la terapia de la paciente. La nueva atribución era interna en su *locus* de control, situacional en vez de estable y específica a la circunstancia en vez de global. Se presentó en un momento en que la persona estaba haciendo un recuento de forma activa y afectiva de la atribución negativa original. La nueva atribución compitió con éxito ante los viejos esquemas cuando posteriormente la paciente pensó en, y tuvo contacto con, la familia.

VIII.4.3. Las tareas para casa

La terapia cognitiva puede distinguirse por su enfoque de la transferencia y la generalización a través del empleo de las tareas para casa entre sesiones. La extensión sistemática del trabajo de la terapia a las horas sin terapia tiene como resultado un mejora más rápida y amplia (Burns y Auerbach, 1992; Meichenbaum, 1977; Neimeyer y Feixas, 1990). Las habilidades, las nuevas cogniciones y las nuevas conductas tienen que aplicarse a la vida real. El aprendizaje y los cambios relativos a una situación deben generalizarse de forma activa a situaciones similares. De esta forma, el nuevo aprendizaje se convierte en aspectos naturales y automáticos del repertorio cognitivo y conductual de la persona.

Las tareas para casa pueden ser específicamente cognitivas o conductuales. La mayoría de las veces son las dos. Las tareas para casa de las primeras sesiones de la terapia se centran en ayudar al paciente a interrumpir los comportamientos automáticos y en observar las conexiones entre los pensamientos, la conducta y el estado de ánimo. De este modo, las primeras tareas para casa podrían incluir el observar los pensamientos automáticos por medio del empleo del *RDP*, la programación de actividades, el recoger evidencias a favor y en contra de las atribuciones y expectativas de la persona y las evaluaciones de la destreza y el agrado. A mitad de la terapia, las tareas para casa incluyen el intentar nuevas conductas por medio de la asignación de tareas graduadas; el actuar de forma diferente con el fin de recoger información sobre hipótesis alternativas; el darse cuenta, capturar, interrumpir y responder a las conductas y a los pensamientos negativos; y el diseñar un plan para alcanzar un objetivo específico.

“Tareas para casa” puede ser un término desafortunado para describir las cosas que una persona hace entre sesiones con el fin de extender la terapia a la vida real. Conlleva connotaciones que, para algunos, puede sonar a autoritario, sugiriendo que se “mandan” tareas para casa. En la terapia cognitiva, las tareas para casa deberían surgir de modo natural del contenido de la sesión y estar relacionadas con la conceptualización del terapeuta (y del paciente) sobre la depresión del sujeto y con el modelo clínico. Es decir, las tareas deberían ser algo que se supiera que facilita los cambios deseados.

La adherencia de los pacientes a las recomendaciones de que actúen entre sesiones para extender su terapia se encuentra afectada por la forma en que se conciben las "tareas para casa", el seguimiento que se dé y la complejidad de las mismas tareas. Meichenbaum y Turk (1987) han proporcionado una serie de sugerencias para incrementar la adherencia.

1. Las tareas para casa deberían plantearse en conjunto. El terapeuta puede "dirigir" la discusión de tal manera que los pacientes mismos desarrollen ideas para el trabajo que se necesita. El terapeuta plantea el terreno haciendo preguntas, reflejando lo que ya se conoce o las habilidades que tiene la persona y lo que falta, y "haciendo públicas" sus explicaciones o teorías.

2. Las tareas deberían ser simples. Para tareas que están por encima del nivel de habilidad del sujeto, cuanto más pequeña es la tarea y mayor es la probabilidad de éxito, mejor. Para un paciente más habilidoso, es mejor tareas con más reto. Aparte de lo anterior, se debe poder realizar la tarea en un período de tiempo y con un esfuerzo razonable.

3. Que el paciente pueda elegir. Si existe más de un método para registrar las conductas o los pensamientos, el emplear aquel que prefiere la persona aumenta la probabilidad de que lo siga. El elegir, o la percepción de poder elegir, mejora la sensación de control y la autoeficacia de un individuo.

4. Especificar lo que se hará, cuándo y cómo. Los planes moderadamente específicos tienen como resultado una mejor adherencia que los muy específicos, especialmente con objetivos a largo plazo. Los planes moderadamente específicos permiten elegir al sujeto y le implica en una toma de decisiones.

5. Cuando sea posible que otras personas importantes de su entorno participen en la tarea, en reforzar al sujeto por realizar o completar la tarea y en determinar la misma.

6. De modo directo, y paso a paso, enseñar las habilidades de observación, incluyendo el registro, la interpretación y la utilización de los resultados.

7. Especificar las contingencias que seguirán a la adherencia o a la falta de ella. Especificar los resultados que se pueden esperar de la tarea o el propósito de la misma. "Hacer pública" la explicación razonada de la tarea. Aún mejor, hacer que la persona descubra dicho razonamiento como parte de un diseño en colaboración de la tarea.

8. Ofrecer pequeños contraargumentos sobre la terminación de la tarea. Por ejemplo, anticipar dificultades, retrocesos, obstáculos con los que es probable que se encuentre la persona al intentar realizar la tarea. Ayudar al sujeto a planificar respuestas conductuales y cognitivas ante los obstáculos, y a identificar el éxito o la realización parciales como útiles.

9. Proporcionar al sujeto retroalimentación sobre la adherencia y sobre la precisión de su realización de la tarea. Hay que olvidarse del producto y concentrarse en el intento: el esfuerzo y la nueva información son más importantes que los resultados específicos.

10. Registrar las conductas positivas en vez de las negativas. Asignar tareas para "hacer" en vez de tareas para "no hacer". Planificar una cognición o tarea sustitutiva, especialmente cuando la tarea implica la interrupción de un viejo há-

bito. En ausencia de un plan mejor, la persona volverá a caer en viejas cogniciones y conductas.

11. Ayudar al sujeto a que atribuya internamente el éxito y las mejoras que resultan de la adherencia. Las personas deprimidas suelen autoatribuirse la culpa y considerar que los buenos resultados o acontecimientos se deben a fuerzas externas, incontrolables. Shelton y Levy (1981) sugieren que la asignación de una tarea para casa debería especificar lo que la persona tendría que hacer, con qué frecuencia o cuántas veces, cómo debe registrar sus esfuerzos, qué debe llevar a la siguiente sesión (p. ej., el registro) y las consecuencias o contingencias que esperan a la adherencia o a la no adherencia.

Un ejemplo de tarea para casa es el aplicado en el Caso A anterior, cuando se pidió a la paciente que observara y registrara la conducta verbal abusiva de su madre, con el fin de verificar que la percepción de la conducta de su madre y su propósito eran correctos. La paciente traía el registro y un RDP de sus sentimientos y de sus pensamientos automáticos antes y después de las llamadas telefónicas de su madre. La conexión entre las expectativas, las atribuciones y la depresión quedó clara en sus registros. Incluso más claro quedó que al considerar que la forma como se comportaba la madre arrojaba información sobre ésta, pero no sobre la paciente misma, disminuyó significativamente sus pensamientos y estado de ánimo deprimidos.

La segunda fase de la terapia ayudó a la persona a generar, evaluar y practicar conductas, atribuciones, expectativas e hipótesis alternativas. Se modificaron los pensamientos automáticos y los patrones de conducta desadaptativos, así como los esquemas subyacentes. La paciente ha sido consciente, de forma continua, de su proceso de información y de sus actividades de construcción de significados. Se practicaron en vivo nuevos patrones de conductas y pensamientos, en una serie de situaciones, y se convirtieron en automáticos.

VIII.5. La última fase de la terapia

La última fase de la terapia se dedica a la generalización y la transferencia del aprendizaje, a la autoatribución por los beneficios obtenidos y a la prevención de las recaídas. La terminación empieza, en la terapia cognitiva, en la primera sesión. Puesto que el objetivo de la terapia cognitiva no es curar, sino un afrontamiento más eficaz, dicha terapia se considera limitada en el tiempo. Cuando evaluaciones formales como el IDB, los síntomas informados por el paciente, las observaciones de otras personas significativas y la observación por parte del terapeuta confirman la disminución de la depresión, una mayor actividad, mayores niveles de funcionamiento adaptativo y un aumento de las habilidades, la terapia puede dirigirse hacia su terminación.

La finalización se lleva a cabo de una manera planificada, graduada, haciendo que las sesiones se espacien a dos semanas, luego mensualmente y más tarde como sesiones de seguimiento para una evaluación de los resultados o como parte de una estrategia de prevención de las recaídas. El contacto entre el pa-

ciente y el terapeuta entre sesiones puede programarse o simplemente darse cuando sea necesario. Los pacientes pueden llamar para obtener refuerzo sobre una conducta particular, para informar del éxito, para conseguir información, etc. El papel de colaboración que tiene el terapeuta cognitivo permite esto como algo apropiado e importante.

Parece que incluso aquellas personas que recaen en episodios de depresión continúan durante cierto tiempo, después de la finalización de la terapia, intentando aplicar las habilidades y métodos aprendidos en la misma. De este modo, los individuos a los que se ha aplicado la terapia cognitiva tardan más tiempo en recaer que los sujetos sometidos a otras terapias o a la farmacoterapia. Los correlatos de las recaídas incluyen una historia de episodios depresivos anteriores, una mayor gravedad de los síntomas en el ingreso, una respuesta más lenta a la terapia, un estatus de soltero/a y mayores puntuaciones en el *Inventario de depresión de Beck* y en la *Escala de actitudes disfuncionales* cuando terminan la terapia (Beach y O'Leary, 1992; Clarke *et al.*, 1992; Evans *et al.*, 1992).

Las estrategias de prevención de las recaídas abordan una serie de factores clave. Se repasan los objetivos de la terapia y los síntomas iniciales. El progreso se evalúa contrastándolo con los síntomas iniciales y los objetivos. Es importante que la persona descubra lo lejos que ha llegado y que desarrolle una escala con la que comparar las preocupaciones y los estados de ánimo actuales.

Se pide al sujeto que explique los cambios que se han producido: ¿qué cambió? ¿cómo sucedió? ¿qué hizo el individuo para que tuviera lugar el cambio? El propósito consiste en autoatribuirse los éxitos experimentados. Además, se pide a la persona que identifique el nuevo aprendizaje y las nuevas actitudes y habilidades y que las compare con las antiguas. A menudo hacemos que los pacientes listen las cosas que se llevarán de la terapia y que planifiquen dónde guardarán esta lista para tener una referencia y un recordatorio fáciles.

Se pide al individuo que anticipe los estímulos estresantes. El terapeuta se asegura que la lista incluya acontecimientos similares a aquellos que llevaron a la persona a terapia, acontecimientos parecidos a aquellos que, se supone, se encuentran en el origen de los esquemas depresogénicos subyacentes y acontecimientos de la vida anticipados, como transiciones evolutivas con las que se encontrarán tanto ella como su familia. Se pide al sujeto que se imagine tan vívidamente como le sea posible que esos acontecimientos están ocurriendo o se han producido ya, y que identifique las habilidades, las reatribuciones y los nuevos patrones de conductas o cogniciones que pueden traerse a colación para soportar el acontecimiento estresante. Este ensayo conductual y en la imaginación se lleva a cabo con tantos detalles específicos como sea posible, con el énfasis puesto en conductas y pensamientos de afrontamiento, en la autoatribución de los esfuerzos y el éxito, y en acudir al empleo de nuevos recursos. Se fomentan la utilización del ingenio y de lo que ha aprendido en la terapia.

Finalmente, se aborda el significado de la terapia para el sujeto y su vida, y el significado de la relación con el terapeuta. El objetivo consiste en integrar la experiencia de la terapia en la historia personal de la persona, de modo que se vea como parte, en vez de algo que está fuera, de su vida.

IX. CONCLUSIONES

La terapia cognitiva de Beck se desarrolló específicamente en respuesta a la depresión. El enfoque cognitivo a la conceptualización y tratamiento de la depresión empieza con la observación de las estructuras, procesos y productos cognitivos que parecen mediar y moderar todos los casos de depresión. El papel de las cogniciones en la depresión se ha malinterpretado a menudo como una causalidad lineal simple: las cogniciones negativas causan la depresión. Otro malentendido del modelo de terapia cognitiva es que esta perspectiva implica a los procesos internos de la depresión excluyendo los acontecimientos del entorno. La perspectiva cognitiva es un modelo de diátesis-estrés en el que los acontecimientos de la vida, los pensamientos, las conductas y el estado de ánimo están íntimamente unidos entre sí de manera recíproca. Las cogniciones, las conductas y los estados de ánimo sirven a funciones de retroalimentación y de información hacia adelante en un complejo proceso de procesamiento de la información. Además, la perspectiva cognitiva implica al aprendizaje y a los acontecimientos de la vida tempranos en la creación de los patrones del procesamiento de la información. Estos patrones pueden predisponer a las personas a vulnerabilidades emocionales específicas y mantener los problemas emocionales una vez que se han iniciado los patrones conductuales, cognitivos y del estado de ánimo.

El modelo cognitivo ha madurado de forma significativa en las últimas dos décadas. Partiendo como un modelo periférico que se veía como una derivación mecanicista y centrada en las técnicas procedente de la terapia de conducta, la terapia cognitiva se ha convertido en un modelo importante y central en el tratamiento de un amplio rango de trastornos emocionales. El interés transcultural en la terapia cognitiva es una expresión de la naturaleza del modelo orientado hacia el proceso, en cuanto opuesto a modelos que se orientan al contenido y puede que no se adapten a distintas culturas. Se ha convertido en una expresión del *zeitgeist* de la terapia y sirve como un punto de encuentro para muchos terapeutas de diferentes posiciones teóricas.

REFERENCIAS

- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P. y Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Barber, J. P. y DeRubeis, R. J. (1992). The ways of responding: A scale to assess compensatory skills taught in cognitive therapy. *Behavioral Assessment*, 14, 93-115.
- Beach, S. R. H. y O'Leary, K. D. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23, 507-528.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania.

- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T., Freeman, A. y colaboradores (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. y Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Weissman, S., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: The hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Berlin, S. B., Mann, K. B. y Grossman, S. F. (1991). Task analysis of cognitive therapy for depression. *Social Work Research and Abstracts*, 27, 3-11.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I. M., Walley, L. J. y Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Blackburn, I. M. y Eunson, K. M. (1989). A content analysis of thoughts and emotions elicited from depressed patients during cognitive therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 62, 23-33.
- Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, relaxation plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, 156, 73-78.
- Bradley, B. P. y Matthews, A. (1988). Memory bias in recovered clinical depressives. *Cognition and Emotion*, 2, 235-245.
- Burns, D. D. (1980). *Feeling good*. Nueva York: William Morrow.
- Burns, D. D. y Auerbach, A. H. (1992). Does homework compliance enhance recovery from depression. *Psychiatric Annals*, 22, 464-469.
- Clarke, G., Hops, H., Lewinsohn, P. M., Andrews, J. R. y Williams, J. (1992). Cognitive-behavioral group treatment of adolescent depression: Prediction of outcome. *Behavior Therapy*, 23, 341-354.
- Coyne, J. C. y Gotlib, I. H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Dobson, K. y Shaw, B. F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 13-29.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvery, M. J. y Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 49, 802-808.
- Frank, J. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. En M. Mahoney y A. Freeman (dirs.), *Cognition and psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Freeman, A. (1986). Understanding personal, cultural, and family schema in psychotherapy. En A. Freeman, N. Epstein y K. M. Simon (dirs.), *Depression in the family*. Nueva York: Haworth.
- Freeman, A. y DeWolf, D. (1989). *Woulda, coulda, shoulda*. Nueva York: Morrow.
- Freeman, A. y Leaf, R. (1989). Cognitive therapy of personality disorders. En A. Freeman,

- man, K. M. Simon, L. Beutler y H. Arkowitz (dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B. y Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Freeman, A. y Reinecke, M. (1994). *Cognitive therapy of suicidal patient*. Nueva York: Springer.
- Freeman, A. y Zaken-Greenburg, F. (1989). Cognitive family therapy. En C. Figley (dir.), *Treatment studies in families*. Nueva York: Bruner/Mazel.
- Gotlib, I. H. (1981). Self-reinforcement and recall: Differential deficits in depressed and non-depressed psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 521-530.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hollon, S. D. y Bemis, K. M. (1981). Self-report and the assessment of cognitive functions. En M. Hersen y A. S. Bellack (dirs.), *Behavioral assessment: A practical handbook*. Nueva York: Pergamon.
- Hollon, S. D. y Garber, J. (1990). Cognitive therapy for depression: A social cognitive perspective. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 16, 58-73.
- Hollon, S. D. y Kendall, P. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.
- Kavanagh, D. J. y Wilson, P. H. (1989). Prediction of outcome with group cognitive therapy for depression. *Behavior Research Therapy*, 27, 333-343.
- Kwon, S. y Oei, T. P. S. (1994). The roles of two levels of cognitions in the development, maintenance, and treatment of depression. *Clinical Psychology Review*, 14, 331-358.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Nueva York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. Nueva York: Plenum.
- Miranda, J. y Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76-79.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D. y Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy versus tricyclic antidepressants in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- Neimeyer, R. A. y Feixas, G. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21, 281-292.
- Pace, T. M. y Dixon, D. N. (1993). Changes in depressive self-schemata and depressive symptoms following cognitive therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 288-294.
- Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. Nueva York: Norton.
- Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child*. Nueva York: Ballantine Books.
- Riskind, J. (1983). Misconceptions of the cognitive model of depression. Comunicación presentada en la 91 Annual Convention of the American Psychological Association, Anaheim, Ca.
- Rosen, H. (1985). *Piagetian concepts of clinical relevance*. Nueva York: Columbia University.
- Rosen, H. (1989). Piagetian theory and cognitive therapy. En A. Freeman, K. M. Simon, L. Beutler, y H. Arkowitz (dirs.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York: Plenum.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. y Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cogni-

- tive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Salkovskis, P. M., Atha, C. y 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.
- Schotte, C., Maes, M., Beuten, T., Vandebossche, B. y Cosyns, P. (1993). A videotape as introduction for cognitive behavioral therapy with depressed inpatients. *Psychological Reports*, 72, 44C-442.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103, 147-162.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T. y Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Shelton, J. L. y Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, Ill: Research.
- Simon, K. M. y Fleming, B. M. (1985). Beck's cognitive therapy of depression: Treatment and outcome. En R. M. Turner y L. M. Ascher (dirs.), *Evaluating behavior therapy outcome*. Nueva York: Springer.
- Stiles, T. (1990). *Cognitive vulnerability factors in the development and maintenance of depression*. Tesis doctoral. University of Trondheim, Trondheim, Noruega.
- Stravynski, A. y Greenberg, D. (1992). The psychological management of depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 407-414.
- Thase, M. E., Simons, A. D., Cahalane, J. F., McGeary, J. y Harden, T. (1991). Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *American Journal of Psychiatry*, 148, 784-789.
- Thase, M. E., Simons, A. D., McGeary, J., Cahalane, J. F., Hughes, C., Harden, T. y Friedman, E. (1992). Relapse cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052.
- Weissman, M. M. (1979). *The Dysfunctional Attitudes Scale: a validation study*. Tesis doctoral, Universidad de Pennsylvania.
- Young, J. E. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (edición revisada). Sarasota, Fl.: Professional Resource.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Bas Ramallo, F. y Andrés Navia, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer. (Or.: 1979.)
- Fennell, M. (1989). Depression. En K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk y D. M. Clark (dirs.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, A. y Davis, D. D. (1990). Cognitive therapy of depression. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2ª edición). Nueva York: Plenum.
- Young, J. E., Beck, A. T. y Weinberger, A. (1993). Depression. En D. H. Barlow (dir.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª edición). Nueva York: Guilford.

18. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS BIPOLARES

MÓNICA RAMÍREZ-BASCO y MICHAEL E. THASE

I. ¿QUÉ ES EL TRASTORNO BIPOLAR?

El trastorno bipolar es un trastorno mental grave, recurrente e incapacitante. Se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado de ánimo, las cogniciones y las conductas. Según la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* (APA, 1994), el trastorno bipolar I se define como la ocurrencia de al menos un episodio maníaco o mixto. Los individuos que padecen el trastorno bipolar I normalmente experimentan también episodios de depresión mayor durante el curso de su trastorno. Los cuadros 18.1, 18.2 y 18.3 resumen los criterios del *DSM-IV* para los episodios maníaco, depresivo mayor y mixto, respectivamente.

Aunque este capítulo se centra en la terapia de conducta cognitiva para el tratamiento del trastorno bipolar I, existen otras variaciones del trastorno bipolar que merece la pena resaltar. Así, podemos señalar especialmente al trastorno

CUADRO 18.1. Criterios del DSM-IV para el episodio maníaco

- | | |
|----|--|
| A. | Un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos una semana o requiere hospitalización. |
| B. | Tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es irritable) <ol style="list-style-type: none"> 1. Autoestima o grandiosidad excesivas. 2. Disminución de la necesidad de dormir. 3. Más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente. 4. Fuga de ideas o pensamientos que se suceden a gran velocidad. 5. Distrabilidad. 6. Aumento de la actividad o agitación psicomotora 7. Implicación excesiva en actividades que conllevan riesgo. |
| C. | No existe un episodio mixto. |
| D. | Deterioro del funcionamiento o necesidad de hospitalización |
| E. | No se debe a una enfermedad, al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos. |

Fuente: Adaptado del *DSM-IV* (APA, 1994).

University of Texas (EE UU) y University of Pittsburg (EE UU), respectivamente.

CUADRO 18.2. Criterios del DSM-IV para el episodio depresivo mayor

- A. Cinco o más síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas (durante la mayor parte del tiempo) incluyendo un estado de ánimo deprimido o una pérdida del interés o de la capacidad para el placer. Los síntomas representan un cambio con respecto a los niveles previos de funcionamiento y no se deben a una enfermedad médica o a síntomas psicóticos
- 1 Estado de ánimo deprimido
 - 2 Notable disminución del interés o del placer
 - 3 Un cambio significativo (aumento o disminución) en el apetito y/o en el peso.
 - 4 Insomnio o hipersomnía.
 - 5 Retardo o agitación psicomotora
 - 6 Pérdida de energía o fatiga
 - 7 Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva.
 - 8 Indecisión o disminución de la capacidad para concentrarse.
 - 9 Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio o intento de suicidio
- B. No existe un episodio mixto.
- C. Los síntomas provocan un deterioro en el funcionamiento o un malestar clínicamente significativo
- D. No se debe a una enfermedad ni al abuso de sustancias psicoactivas.
- E. No hay duelo

Fuente: Adaptado del DSM-IV (APA, 1994).

CUADRO 18.3. Criterios del DSM-IV para el episodio mixto

- A. Durante el período de una semana, se satisfacen los criterios del episodio maniaco y del episodio depresivo mayor.
- B. Deterioro del funcionamiento o necesidad de hospitalización
- C. No se debe a una enfermedad al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos

Fuente: Adaptado del DSM-IV (APA, 1994).

bipolar II, en el que el individuo experimenta episodios recurrentes de depresión mayor y de hipomanía (véase cuadro 18.4) y el trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar, en el que el individuo tiene importantes síntomas psicóticos durante los episodios de depresión o de manía, persistiendo después de que remiten los episodios del estado de ánimo. Un diagnóstico de trastorno bipolar II o de trastorno depresivo mayor recurrente puede cambiar a trastorno bipolar I cuando ocurre al menos un episodio maniaco o mixto.

El trastorno bipolar I afecta, aproximadamente, al 1% de la población adulta de Estados Unidos (Robins *et al.*, 1984). Normalmente dura toda la vida una vez que empieza, con recurrencias episódicas que constituyen una amenaza para la vida, los vínculos familiares y la estabilidad económica. Los episodios recurrentes de depresión y de manía son la norma para más del 95% de los pacientes

CUADRO 18.4. Criterios del DSM-IV para el episodio hipomaniaco

- A. Un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos cuatro días.
- B. Tres o más de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es irritable):
1. Autoestima o grandiosidad excesivas.
 2. Disminución de la necesidad de dormir
 3. Más hablador de lo habitual o necesita hablar continuamente.
 4. Fuga de ideas o pensamientos que se suceden a gran velocidad.
 5. Distracción.
 6. Aumento de la actividad o agitación psicomotora
 7. Implicación excesiva en actividades que conllevan riesgo.
- C. Los síntomas constituyen un cambio inequívoco con respecto al nivel de funcionamiento normal de la persona.
- D. El estado de ánimo y los síntomas los pueden observar los demás
- E. No existe un deterioro importante del funcionamiento, ni requiere hospitalización, ni tiene síntomas psicóticos.
- F. No se debe a una enfermedad, al abuso de sustancias psicoactivas o a tratamientos antidepresivos.

Fuente: Adaptado del DSM-IV (APA, 1994).

con un trastorno bipolar (véanse las revisiones de Goodwin y Jamison, 1990; Zis y Goodwin, 1979). Un cuarto de los pacientes afectados intentan suicidarse (Weissman *et al.*, 1988). No sólo cada episodio de depresión o de manía es potencialmente devastador por sí mismo, sino que existen también evidencias de que la duración del ciclo (el período de tiempo que transcurre entre el inicio de un período concreto y la aparición del siguiente) disminuye durante el curso del trastorno (Angst, 1981; Kraepelin, 1921; Roy-Byrne *et al.*, 1985; Zis *et al.*, 1980) y que la probabilidad de recurrencia aumenta con cada nuevo episodio (Gelenberg *et al.*, 1989; Keller *et al.*, 1982). Post (1992) ha descrito este proceso como un tipo de sensibilización neurobiológica (*kindling*). Una implicación práctica de este fenómeno es una aparente falta de emparejamiento de los episodios del trastorno con los acontecimientos vitales estresantes conforme dicho trastorno avanza, dándose unos brotes aparentemente autónomos o no provocados. Otra consecuencia potencial es el desarrollo de recaídas rápidas que siguen a la retirada del litio, en ocasiones en días o incluso en horas después de la discontinuación de la medicación (Suppes *et al.*, 1991). En conjunto, estos cambios en el curso del trastorno pueden reforzar la percepción desmoralizante de estar fuera de control y/o de ser notablemente vulnerable.

Durante los episodios de depresión mayor, el estado de ánimo puede cambiar desde un estado eutímico, de tranquilidad, a uno neutro, aburrido, triste, melancólico, de vacío, de desesperanza o irritable. Cuando se encuentran deprimidos, los individuos con un trastorno bipolar se describen a sí mismos como impacientes, intolerantes, nerviosos, perdidos, incomprensidos, desinteresados, sensibles, enfadados y/o «embotados». Los estados de ánimo deprimidos son

normalmente muy claros para la persona que los sufre, pero puede que no sean tan obvios para los demás si los recursos de afrontamiento internos del individuo compensan la depresión. Por el contrario, los cambios del estado de ánimo en la manía suelen ser claramente observables por los demás, pero pueden ser menos evidentes para el paciente. Los cambios del estado de ánimo en la manía se describen como positivos, inspiradores, esperanzadores, alegres, activantes, eufóricos, «en la cima del mundo» u optimistas. Aunque el maniaco típico es alegre y simpático, pocos pacientes tienen episodios maniacos siempre agradables. La manía puede hacer que la gente se sienta muy irritable, agitada, ansiosa, tensa y temerosa. Para algunos pacientes, el estado de ánimo agradable y eufórico evoluciona hacia la irritabilidad conforme la manía progresa y empeora. Para otros, incluso, predomina una mezcla perturbadora de pensamientos y sentimientos maniacos y depresivos.

Muchos de los cambios cognitivos asociados con la depresión son evidentes para los demás sólo cuando los verbaliza el paciente. De hecho, los pacientes deprimidos no se dan cuenta a menudo de sus propios cambios en los puntos de vista o en las creencias, porque estos cambios cognitivos son sutiles en un inicio (p. ej., menos optimismo y más pesimismo) y a menudo se refuerzan por acontecimientos negativos de la vida. Los cambios cognitivos en la depresión incluyen distorsiones negativas en la percepción de uno mismo, el mundo y el futuro (Beck *et al.*, 1979). Cambios cognitivos más observables incluyen un pensamiento más lento, problemas para encontrar las palabras y escasa concentración. Algunos pacientes informan de una virtual parálisis en la toma de decisiones y una pérdida o inhibición de la actividad volitiva.

Los cambios cognitivos observados en la manía son cualitativamente diferentes de los de la depresión. Los «síntomas» cognitivos de la manía pueden incluir cambios en el contenido y en el proceso de pensamiento. Las mismas distorsiones en la percepción de sí mismo, los demás y el futuro se ilustran, a menudo, por un aumento de la confianza en uno mismo, por la grandiosidad, el estar absorto en sí mismo, el optimismo y la temeridad. Las manías irritables pueden estar acompañadas por una elevada sospecha hacia los demás, ideas de referencia y paranoia. Conforme empeora el episodio, estos cambios cognitivos pueden evolucionar hacia ideas delirantes de grandiosidad y/o de persecución.

Junto con los cambios en el contenido de las cogniciones, a menudo se altera el proceso del pensamiento. Esto incluye pensamientos a elevada velocidad, distraibilidad, deterioro del juicio, y alucinaciones auditivas y visuales. Dichos cambios en el procesamiento cognitivo son normalmente desagradables para el individuo con un trastorno bipolar y pueden llevar a conductas con un elevado potencial para hacerse daño a sí mismo.

Los observadores, como los amigos o los miembros de la familia, pueden identificar generalmente los síntomas conductuales de la depresión y de la manía, especialmente cuando estos individuos han visto al paciente con ambos grupos de síntomas. La fase depresiva del trastorno bipolar se caracteriza habitualmente por una disminución de la actividad psicomotora. Las actividades dirigidas hacia un objetivo disminuyen, la postura se muestra «hundida» y puede darse una notable disminución de los movimientos motores espontáneos, in-

cluyendo los de los brazos, y una menor expresividad facial. Excepto en el caso de que sean capaces de compensarlo, las personas deprimidas pueden olvidar sus responsabilidades diarias (p. ej., tareas de la casa), dejar de realizar sus aficiones o actividades sociales habituales y apartarse de los demás. Como se ha señalado anteriormente, pueden moverse o hablar más lentamente de lo habitual. Otros síntomas que se manifiestan a través de cambios conductuales en la depresión incluyen alteraciones del sueño, modificación de los hábitos de comer, disminución del impulso sexual y una escasa energía. Aunque tanto el insomnio como la hipersomnia son frecuentes, el dormir en exceso es especialmente problemático para los pacientes más jóvenes.

En claro contraste se encuentra el aumento de la actividad asociado con la manía. Los pacientes, en las primeras fases de la manía o de la hipomanía, muestran a menudo más ideas e intereses que cambios reales en la actividad. Conforme el trastorno progresa, puede aumentar su actividad física. La inquietud o la agitación se hacen evidentes por medio del pasear, caminar largas distancias y buscar actividades fuera de casa. Mientras se encuentran bajo un episodio maniaco, los sujetos pueden tener un fuerte impulso a ser más activos social o sexualmente. Suelen comenzar nuevas tareas que nunca terminarán. Cada nueva oportunidad parece una buena idea a la que merece la pena dedicar su tiempo, energía y dinero. El deterioro concomitante en la capacidad de juicio social a menudo impide que se inhiban las acciones inapropiadas.

Las notables fluctuaciones en el estado de ánimo, en la personalidad, en el pensamiento y en la conducta, inherentes al trastorno bipolar, tienen, a menudo, efectos profundos sobre las relaciones interpersonales de los pacientes. La labilidad afectiva, el despilfarro económico, las fluctuaciones en los niveles de sociabilidad, las imprudencias sexuales y las conductas violentas constituyen una clara fuente de confusión, conflictos y preocupación para los pacientes y para las otras personas importantes de su entorno (Goodwin y Jamison, 1990; Murphy y Beigel, 1974; Spalt, 1975; Winokur, Clayton y Reich, 1969).

Teniendo en cuenta la naturaleza recurrente del trastorno bipolar y sus, a menudo, devastadoras consecuencias, está generalmente indicado el tratamiento de mantenimiento (es decir, profiláctico), después de la contención de los episodios agudos, pero frecuentemente fracasa. El tratamiento de mantenimiento eficaz puede disminuir el sufrimiento del paciente, su hospitalización y el coste, y mejorar el funcionamiento psicosocial. Aunque es posible que la terapia farmacológica de mantenimiento no elimine completamente las recurrencias de manía o de depresión, puede disminuir la frecuencia, duración y gravedad de los episodios maniacos y depresivos (Baastrup y Schou, 1967).

La medicación de mantenimiento más frecuentemente utilizada y mejor estudiada es el litio. Siete estudios de pacientes con trastorno bipolar (Baastrup *et al.*, 1970; Coppen *et al.*, 1971, 1973; Cundall, Brooks y Murray, 1972; Fieve, Kumbaraci y Dunner, 1976; Prien, Caffey y Klett, 1973a; Prien, Klett y Caffey, 1973b; Stallone *et al.*, 1973) han demostrado efectos profilácticos superiores del litio con respecto al placebo para disminuir la frecuencia de las recaídas. Sin embargo, estos estudios ilustran también que el litio sólo no es suficiente para alcanzar la profilaxis a largo plazo en muchos pacientes. Es frecuente

la reaparición de los síntomas y, sin una intervención inmediata, se producen a menudo recaídas o recurrencias de la depresión o la manía.

Las estrategias de medicación alternativas incluyen los anticonvulsivos carbamazepina (Luznat, Murphy y Nonn, 1988; Small *et al.*, 1991) y el valproato de sodio (Bowden *et al.*, 1994; Calabrese y Delucchi, 1990), los bloqueadores del canal de calcio (Dubovsky *et al.*, 1986) y, para pacientes con características psicóticas persistentes, los fármacos antipsicóticos (Goodwin y Jamison, 1990). A pesar de este rango de medicaciones, aproximadamente del 10 al 20% de los pacientes siguen estando enfermos de forma crónica durante meses o años.

II. ¿POR QUÉ FRACASA LA TERAPIA FARMACOLÓGICA DE MANTENIMIENTO?

La escasa adherencia hace peligrar la eficacia de la terapia farmacológica de mantenimiento en los trastornos bipolares (Goodwin y Jamison, 1990). Dependiendo del diseño del estudio, se ha encontrado que del 15 al 46% de los pacientes con un trastorno bipolar tienen niveles de litio en plasma que quedan fuera del rango terapéutico, un frecuente indicador de la falta de adherencia a la medicación (Connelly, 1984; Connelly, Davenport y Nurnberger, 1982; Danion *et al.*, 1987; Kucera-Bozart, Beck y Lyss, 1982; Schwarcz y Silbergeld, 1983). Es frecuente también el abandono del tratamiento (Prien *et al.*, 1973a, 1973b; Stallone *et al.*, 1973).

Es difícil predecir qué pacientes con un trastorno bipolar se adherirán con una mayor probabilidad al tratamiento, basándose en características demográficas o clínicas del trastorno bipolar (Basco y Rush, 1995). Sin embargo, los estudios sobre la adherencia al tratamiento sugieren que es menos probable que los pacientes con trastornos de personalidad comórbidos o problemas de abuso de sustancias psicoactivas se adhieran a las recomendaciones del tratamiento (Aagaard y Vestergaard, 1990; Danion *et al.*, 1987).

Otra frecuente razón por la que la terapia farmacológica tradicional de mantenimiento fracasa es que las exacerbaciones de los síntomas no están identificadas a tiempo y/o no se tratan de forma apropiada. De este modo, una parte de los pacientes desarrolla episodios de brote de los síntomas a pesar de una adherencia adecuada o incluso ejemplar. Las apariciones de los síntomas pueden precipitarse por factores ambientales, médicos, estacionales o desconocidos. Por ejemplo, la perturbación del sueño causada por acontecimientos tales como una enfermedad, «empollarse» un examen, cambios en las actividades del día o en los planes de viaje, constituye una de las distintas vías que pueden mediar los episodios de brote de los síntomas (Wehr, Sack y Rosenthal, 1987). Los estímulos estresantes psicosociales pueden precipitar también la aparición de episodios de manía y de depresión (p. ej., Aronson y Skukla, 1987; Bidzinska, 1984; Dunner *et al.*, 1979; Glassner y Haldipur, 1983; Kennedy *et al.*, 1983; Kraepelin, 1921), especialmente al comienzo del curso del trastorno (Goodwin y Jamison, 1990; McPherson, Herbison y Romans, 1993; Post, 1992). Pueden interactuar factores ambientales y otros. Por ejemplo, el preocuparse por problemas puede

hacer que los pacientes olviden tomar la medicación, provocar una perturbación del sueño debido a dicha preocupación, o acompañarse por un malestar emocional prolongado y grave que, a su vez, producirá recaídas/recurrencias de la depresión o la manía.

III. ¿CÓMO PUEDE UN TRATAMIENTO PSICOSOCIAL AYUDAR A MODIFICAR UN TRASTORNO "BIOLÓGICO"?

Los pacientes y sus familias a veces se molestan debido a nuestra posición de que el trastorno bipolar es una enfermedad biomédica, y suponen que, por decirlo brevemente, «la biología es el destino». Desde esta perspectiva distorsionada, los pacientes pueden verse a sí mismos víctimas impotentes de un Dios injusto o de un destino cruel. Otros pacientes pueden reaccionar con alivio, ya que se les ha dado permiso para «dejar de» intentar ser responsables de algo que no pueden controlar. En cualquier caso, la reacción emocional del paciente durante la discusión puede revelar sus pensamientos y sentimientos sobre el trastorno y/o su tratamiento, abriendo el camino para una discusión más sincera. Además, el peso de la responsabilidad puede ahora desplazarse hacia factores más controlables que influyen sobre el resultado, incluyendo la adherencia al tratamiento, el mantenimiento de un estilo de vida sano, el registro de los síntomas y el empleo de medios más activos para afrontar y/o superar los problemas. Una intervención terapéutica, como la terapia de conducta cognitiva, puede aumentar el control médico a través de:

- a. La mejora de la adherencia a la farmacoterapia;
- b. Ayudar a los pacientes a identificar síntomas subsindrómicos, de modo que una intervención temprana pueda evitar una recurrencia o recaída total o limite quizás la potencia de un nuevo episodio;
- c. Proporcionar a los pacientes técnicas que ayuden a detener el empeoramiento de los síntomas subsindrómicos; y
- d. Enseñar a los pacientes estrategias para afrontar los estímulos estresantes sociales e interpersonales que puedan ser factores desencadenantes o exacerbantes en las manifestaciones de los síntomas.

Existe cierta evidencia preliminar de que las intervenciones psicoeducativas y psicoterapéuticas pueden aumentar el efecto profiláctico de la medicación mejorando la adherencia al tratamiento y el funcionamiento psicosocial (Basco y Rush, 1995; Cochran, 1984). Algunos de estos estudios incluían pacientes con depresión unipolar (Jacob *et al.*, 1987), pero proporcionan un modelo que puede ser aplicable al trastorno bipolar.

III.1. Mejoría del funcionamiento psicosocial y prevención de la recurrencia

En un seguimiento de 12 meses de pacientes con un trastorno bipolar que acudieron a tratamiento después de una fase aguda, Davenport *et al.* (1977) asignaron a los pacientes a un grupo de psicoterapia de pareja ($n = 12$), a un grupo de mantenimiento por litio ($n = 11$) o a uno de cuidados con base en la comunidad, encontrando que los pacientes con un trastorno bipolar que fueron asignados al grupo de psicoterapia de parejas tenían menos casos de rehospitalización y menos fracasos maritales, así como un funcionamiento social y una interacción familiar mejores que los grupos de comparación. Clarkin *et al.* (1990) encontraron el mismo patrón de hallazgos en pacientes femeninos con trastornos afectivos, aunque el tratamiento de las parejas no mejoró el resultado de los pacientes masculinos. Estos estudios sugieren que los tratamientos psicosociales pueden mejorar el resultado en los pacientes bipolares.

Otros informes que describen terapias de grupo a corto y largo plazo (combinadas con farmacoterapia) sugieren también que el tratamiento psicosocial puede ser útil para reducir la frecuencia y la duración de las recaídas y/o la necesidad de hospitalización en pacientes bipolares (Benson, 1975; Powell, Othmer y Sinkhorn, 1977; Shakir, Volkmar y Bacon, 1979; Wulsin, Bachop y Hoffman, 1988). Por ejemplo, aunque no es un ensayo clínico con grupo control, Shakir *et al.* (1979) encontraron que en los dos años anteriores a la iniciación de la "psicoterapia de grupo a largo plazo", 10 de los 15 miembros del grupo con un trastorno bipolar habían sido hospitalizados por un total de 16,2 semanas y sólo 5 habían estado empleados de forma continua. Durante los dos años que siguieron a la iniciación de la terapia de grupo, sólo 3 pacientes fueron rehospitalizados por un total de 3,2 semanas. Además, 10 pacientes habían conservado su empleo durante, al menos, 6 meses. Powell *et al.* (1977) encontraron igualmente que el proporcionar terapia de grupo a los pacientes con un trastorno bipolar limitó la recaída a sólo el 15% de los 40 participantes en el grupo a lo largo de doce meses.

III.2. La mejora de la adherencia al tratamiento

Altamura y Mauri (1985) ($n = 14$) y Youssel (1983) ($n = 36$) examinaron la eficacia de la educación de los pacientes en la adherencia al tratamiento en individuos depresivos unipolares ambulatorios. Ambos estudios encontraron un aumento de la adherencia al tratamiento después de la intervención psicoeducativa, tal como se medía contando las pastillas (Yousel, 1983) o el nivel del fármaco en la sangre (Altamura y Mauri, 1985).

Existen pruebas de que la educación del paciente puede mejorar la adherencia al aumentar la aceptación de, o la adaptación al, trastorno. Peet y Harvey (1991) distribuyeron aleatoriamente a 60 pacientes clínicos tratados con litio a dos condiciones: 1. Un grupo educativo que visionaba una cinta de vídeo de 12

minutos con una charla sobre el tratamiento con litio y recibía una copia escrita, ó 2. Un tratamiento como condición habitual que no abordaba de forma sistemática cuestiones educativas. Las evaluaciones de las actitudes de los pacientes acerca del litio y de la comprensión del tratamiento mostraron una mejoría significativa en las actitudes y en el conocimiento de los mismos sobre la enfermedad y su intervención.

Van Gent y Zwart (1991) proporcionaron sesiones educativas a 14 pacientes con trastorno bipolar y a sus cónyuges. Después de cinco sesiones, las parejas de los pacientes mostraron más comprensión del trastorno, de su tratamiento y de las estrategias sociales para afrontar los síntomas de su cónyuge. Un seguimiento de seis meses indicó que se mantenían estos cambios beneficiosos. Además, los niveles de litio en suero permanecían estables en los pacientes durante el año siguiente al programa educativo, en comparación con los niveles alcanzados durante el programa. Esto sugiere que el programa educativo puede haber ayudado a prevenir el deterioro de la adherencia con el paso del tiempo, algo que se observa en los pacientes tratados con litio. Se realizó un seguimiento de cinco años del grupo educativo (Van Gent y Zwart, 1991) en una muestra más amplia ($n = 26$) con el fin de evaluar las tasas de abandono en la profilaxis del litio y el número de hospitalizaciones psiquiátricas. Utilizando un diseño en el que las comparaciones se hacían con respecto a la propia línea base de los pacientes, hubo un 50% de mejoría en el número de pacientes que seguían con el litio y un 60% de reducción de las admisiones en el hospital.

Seltzer, Roncari y Garfinkel (1980) llevaron a cabo un estudio más amplio sobre la educación de los pacientes. Éstos se componían de tres grupos de sujetos (esquizofrénicos, $n = 44$; trastorno bipolar, $n = 16$; y deprimidos unipolares, $n = 7$). Cada grupo recibió 9 charlas sobre el diagnóstico, el curso del tratamiento, la medicación, los efectos secundarios, las recaídas y la importancia del apoyo. En un seguimiento de 5 meses, los pacientes que asistieron a las charlas mostraron una mayor adherencia al tratamiento (91% comparado con el 32%) y tenían menos miedo a los efectos secundarios y al desarrollo de la dependencia hacia los fármacos que los pacientes que no recibieron la intervención.

Myers y Calvert (1984) distribuyeron al azar a pacientes externos deprimidos en tres grupos ($n = 120$). Un grupo recibió información escrita y verbal sobre los efectos secundarios de la medicación. El segundo recibió información escrita y verbal sobre los efectos beneficiosos del tratamiento. El tercer grupo no recibió una educación sistemática. La comparación de los tres grupos a las tres semanas de seguimiento mostró que no había diferencias significativas entre ellos en el nivel de adherencia o en los efectos secundarios. Sin embargo, en un seguimiento de 6 semanas, los dos grupos que recibieron educación informaron de menos efectos secundarios y tenían una mejor adherencia al tratamiento, de forma significativa, que el grupo control que no había recibido dicha educación.

Con el fin de evaluar la utilidad de la terapia cognitiva para mejorar la adherencia y los resultados del tratamiento, Cochran (1984) asignó aleatoriamente a pacientes con un trastorno bipolar con mantenimiento por litio al cuidado clínico estándar o a una intervención cognitiva individual breve (6 semanas). Era menos probable que los pacientes a los que se les había asignado la intervención

cognitiva de seis semanas tuvieron problemas de adherencia al tratamiento comparados con el grupo de cuidado estándar, incluyendo una menor probabilidad de abandonar el litio en contra de la recomendación médica. A lo largo de un período de 3 a 6 meses de seguimiento, el grupo de terapia cognitiva tuvo menos episodios provocados por la falta de adherencia al tratamiento y menos hospitalizaciones. Aunque ésta fue una intervención breve con un período de seguimiento a corto plazo, los hallazgos de Cochran (1984) proporcionan cierta evidencia de la utilidad de la terapia de conducta cognitiva como una ayuda para la terapia farmacológica en el tratamiento de la depresión bipolar.

Por lo tanto, parece quedar claro que las intervenciones psicoeducativas tienen un valor tangible en el control a largo plazo de los trastornos del estado de ánimo recurrentes. Ya que la terapia de conducta cognitiva es, entre otras cosas, inherentemente educativa, puede que sea especialmente apropiada para este propósito.

III.3. Control del rebrote de los síntomas

La ocurrencia de síntomas subsindrómicos relativos al estado de ánimo en un grupo de pacientes con un trastorno bipolar aumenta por cuatro el riesgo de episodios recurrentes del estado de ánimo (Keller *et al.*, 1992). A la hipomanía le seguía con más frecuencia una recurrencia afectiva mayor, principalmente manía, que a la depresión menor: el 75% de los pacientes que desarrollaron hipomanía sufrió un episodio recurrente. Estos hechos sugieren que la identificación temprana de "incursiones" del estado de ánimo subsindrómicas podría facilitar intervenciones preventivas que disminuyeran el riesgo de desarrollar un episodio "completo" o que permitieran una contención más rápida de los síntomas. Los pacientes que reciben terapia de conducta cognitiva aprenden a observar sus síntomas más de cerca, de modo que pueda detectarse el resurgimiento de éstos en los primeros momentos de su desarrollo, permitiendo así la intervención temprana y la evitación de una recurrencia del trastorno.

IV. TERAPIA DE CONDUCTA COGNITIVA PARA LOS TRASTORNOS BIPOLARES

La terapia de conducta cognitiva (TCC) se muestra eficaz en el tratamiento agudo (p. ej., Murphy *et al.*, 1984; Rush *et al.*, 1977) y en la posible continuación del mismo (p. ej., Blackburn, Evanson y Bishop, 1986) en la depresión mayor. En la depresión grave, el empezar con terapia de conducta cognitiva en combinación con la terapia farmacológica, mientras los pacientes se encuentran todavía hospitalizados y continuar con el tratamiento durante cinco meses después de darles el alta, puede mejorar los resultados (Miller, Norman y Keitner, 1989). La ventaja del tratamiento combinado de la TCC con la terapia farmacológica era más evidente en los pacientes con puntuaciones elevadas en la *Escala de actitudes disfuncionales* (Miller *et al.*, 1990) y en las medidas de desesperanza y de distorsiones cognitivas (Whisman *et al.*, 1991). El tratamiento de la depresión uni-

polar con TCC parece transmitir cierto beneficio profiláctico duradero (p. ej., Hollon, Shelton y Loosen, 1991). Las recaídas que se producen después de seguir una intervención con TCC se han asociado con el nivel de síntomas residuales (Thase *et al.*, 1992). Jarrett *et al.* (1993) encontraron que el período de tiempo sin trastorno es significativamente más largo para los que responden a la TCC cuando la terapia "aguda" se complementa con un amplio curso de terapia de "continuación". Aunque nunca se ha comprobado con los síntomas prodrómicos de la manía, la TCC ha demostrado tener éxito en el tratamiento de los síntomas residuales físicos, cognitivos y conductuales asociados con la depresión (Fava *et al.*, 1994).

Las técnicas de la TCC se han estandarizado para la depresión en lugares de consulta ambulatoria y de internamiento (Beck *et al.*, 1979; Thase y Wright, 1991). Los procedimientos se han definido objetivamente con detalle suficiente para que los sigan los terapeutas, permitiendo así tratamientos estandarizados por medio de distintos terapeutas. Esto aumenta la viabilidad de llevar a cabo, y comprobar la eficacia de, la ampliación de la TCC como parte del tratamiento estándar (en el caso de que aquélla se encontrara eficaz). Esos avances en la cuantificación de la calidad del tratamiento experimental se extenderá, por supuesto, a los estudios del trastorno bipolar.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) para el tratamiento de la fase de mantenimiento en el trastorno bipolar amplifica, no reemplaza, el control farmacológico de este trastorno. Los principales objetivos de la TCC para el trastorno bipolar son:

1. Educar a los pacientes y a las personas importantes de su entorno sobre el trastorno, su tratamiento y las frecuentes dificultades asociadas con el mismo.
2. Enseñar a los pacientes métodos para registrar la ocurrencia, la gravedad y el curso de los síntomas maníacos y depresivos que permitan una intervención temprana si los síntomas empeoraran.
3. Facilitar la adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos que interfieren con dicha adherencia.
4. Proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar los síntomas conductuales y cognitivos de la manía y de la depresión.
5. Enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan, o son las secuelas de, los episodios depresivos y maníacos. Los siguientes constituyen un resumen de los procedimientos para abordar cada uno de estos objetivos. Una discusión más completa de estos métodos puede encontrarse en Basco y Rush (en prensa).

IV.1. Educación del paciente y de la familia

Como han mostrado los estudios descritos anteriormente, la educación del paciente es una parte esencial del tratamiento. Un paciente bien informado puede ser un participante más activo en el proceso de tratamiento. Los pacientes pue-

den ser abogados de sí mismos si entienden lo que deben esperar del tratamiento, del profesional de la salud y de la enfermedad misma. Los estudios que implican la educación de la familia apoyan el valor de la inclusión de ésta en el cuidado del paciente.

La educación del paciente puede tomar muchas formas. El profesional de la salud puede hablar con él sobre el trastorno bipolar, responder a sus preguntas y encamilarlo hacia otros recursos educativos. Existen varios organismos nacionales en Estados Unidos para conseguir información sobre el trastorno bipolar, como la National Depressive and Manic Depressive Association, la National Alliance for the Mentally Ill, el National Institute of Mental Health y la National Mental Health Association (las direcciones de estas asociaciones se encuentran al final del capítulo). Cualquiera que sea el modo de tratamiento, es esencial la educación del paciente; no es suficiente asegurarse la adherencia, el control de los síntomas y la prevención de las recaídas. La educación debería ser un proceso continuo, especialmente conforme se va sabiendo más sobre este trastorno mental.

Aunque la mayoría de los folletos sobre el trastorno bipolar describen los síntomas y los tratamientos más frecuentes para la depresión y la manía, estos materiales no estarán adaptados a las experiencias únicas de cada persona que padece el trastorno. Los profesionales de la salud pueden ayudar a los pacientes a identificar y etiquetar los síntomas, las conductas, las emociones y las cogniciones que tienen lugar durante las fases activas de la depresión, de la manía, de la hipomanía, y de los estados mixtos. Esta personalización de la educación del paciente prepara el escenario para el siguiente componente de la TCC, la observación de los síntomas.

IV.2. La detección de los síntomas

Los rebrotes de los síntomas son frecuentes entre la gente con un trastorno bipolar, incluso cuando toman su medicación de forma continua. Desgraciadamente, estas exacerbaciones moderadas pueden, y así sucede a veces, evolucionar hacia episodios completos de manía o depresión, a menudo antes de que se pueda realizar ningún esfuerzo para controlar los síntomas. Se necesita un sistema de aviso temprano para ayudar a los pacientes y a los miembros de su familia a detectar esos síntomas y actuar en los primeros momentos de su evolución. La intervención temprana puede aumentar la probabilidad de prevención de la recaída. Existen tres niveles de detección de los síntomas, cada uno de los cuales se describe seguidamente:

1. Representaciones gráficas del curso de su vida, una línea histórica que represente los episodios del trastorno.
2. Un resumen de los síntomas, una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios de depresión, manía y mixtos.
3. Representaciones gráficas del estado de ánimo, evaluaciones diarias del

estado de ánimo u otros síntomas que probablemente cambien en los primeros momentos durante el curso de un episodio del trastorno.

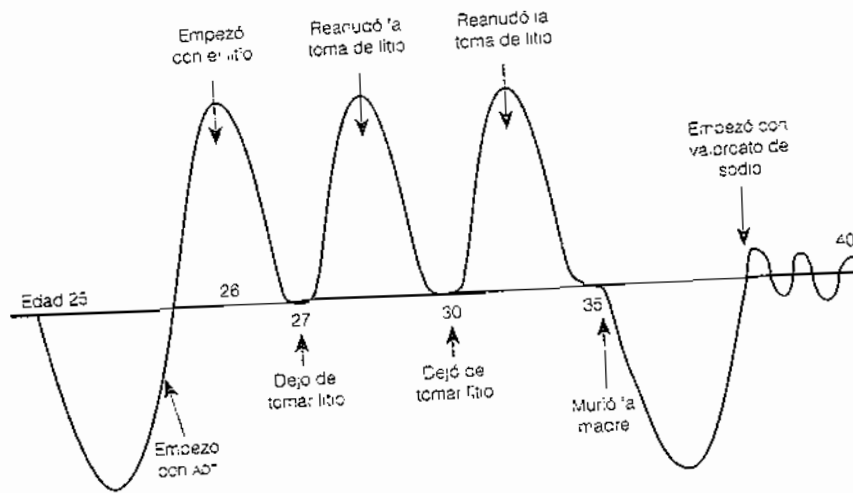
IV.3. Representaciones gráficas de episodios del trastorno a lo largo de la vida

Post y sus colaboradores (Post, 1992; Altshuler *et al.*, 1995) han demostrado la utilidad de las representaciones gráficas de episodios del trastorno a lo largo de la vida para entender las interacciones entre los episodios del trastorno, la iniciación y abandono del tratamiento y los acontecimientos significativos de la vida en los distintos pacientes. Para cada individuo, una representación gráfica a lo largo de la vida muestra el curso del trastorno desde su aparición hasta el momento presente. Para la construcción de dicho gráfico se requiere, como mínimo, la fecha aproximada de la aparición y desaparición de cada episodio depresivo, maníaco, hipomaníaco y mixto. Es útil añadir las fechas del inicio y de la terminación de los tratamientos, incluyendo las hospitalizaciones, las visitas de urgencia al hospital, las terapias farmacológicas y las terapias psicológicas. Es conveniente dar información sobre los acontecimientos importantes de la vida como las transiciones (p. ej., cambios de trabajo, matrimonio, nacimiento de los hijos) y las pérdidas principales (p. ej., muertes, divorcios), especialmente si se relacionan con las recaídas o las recurrencias del trastorno. Con esta información plasmada sobre una representación gráfica a lo largo del tiempo pueden surgir patrones entre los síntomas, el estrés y el tratamiento.

La figura 18.1 muestra un ejemplo de un hombre de 40 años con una historia de trastorno bipolar durante 15. Su primer episodio maníaco empezó poco tiempo después del tratamiento de la depresión mayor con un antidepresivo tricíclico. Empezó a tomar litio a los 26 años. Dejó de tomar la medicación dos veces, a los 27 y a los 30 años, cuando creía que ya había desaparecido el trastorno. Sufrió un episodio grave de depresión mayor a los 35 años, cuando murió su madre. Aunque ha continuado teniendo brotes de síntomas leves cuando se ha encontrado bajo un estrés considerable, no había tenido una recurrencia de la depresión o la manía desde los 36 años, cuando empezó a tomar valproato de sodio.

La gente con un trastorno bipolar puede empezar a vivir la vida como una lucha diaria para contener los síntomas, esperando cada día el próximo hundimiento en la depresión o el giro hacia la manía. Es posible que comiencen a sentirse indefensos, sin control, y teman las cosas que han de venir. Algunos dejan de planificar el futuro. El pasado se difumina, puesto que el recuerdo de cada episodio del trastorno se mezcla con el siguiente. La construcción de un gráfico ayuda a los pacientes a tener una perspectiva más clara de sus experiencias con el trastorno. Conforme trabajan con el terapeuta para construir dicha representación gráfica, empiezan a ver patrones, épocas de eutimia, respuestas al tratamiento y ocasiones de vulnerabilidad. Los pacientes informan que este proceso es terapéutico. Les ayuda a dar significado a lo que sienten como una vida de continua enfermedad.

FIGURA 18.1. Gráfico de un periodo de vida



La representación gráfica se realiza sobre un eje horizontal que representa el tiempo. Esta línea puede representar la normalidad del estado de ánimo o eutimia. Las elevaciones por encima de la línea representan aumentos del estado de ánimo hacia la euforia o la manía. Por debajo de la línea se encuentran las disminuciones del estado de ánimo, representando los puntos más bajos la depresión grave. De este modo, en el caso representado en la figura 18.1, el primer episodio del trastorno fue una depresión mayor. Se fue haciendo más grave con el tiempo y luego remitió con el tratamiento, volviendo el estado de ánimo a un nivel más eutímico. Se pueden añadir a la línea que representa el paso del tiempo períodos de abuso de sustancias psicoactivas, de ansiedad, o enfermedades físicas. Algunos pacientes prefieren omitir la representación gráfica de los episodios, incluyendo sólo una lista de acontecimientos en un orden cronológico sobre la línea del tiempo.

En la figura 18.1, una vez que se ha terminado el gráfico, el paciente podía ver cómo el abandono de la medicación condujo a la inmediata aparición de otro episodio. Fue capaz también de hacer una asociación entre las épocas de un aumento del estrés y una desestabilización de su estado de ánimo y de sus síntomas. Conforme van surgiendo nuevos episodios del trastorno, cambia el tratamiento o tienen lugar otros acontecimientos importantes de la vida, pueden añadirse a la representación gráfica. Los clínicos y los pacientes pueden utilizar el gráfico para observar cambios más globales en el curso del trastorno que ocurren con la edad, con las modificaciones del tratamiento o para una vigilancia más constante de los síntomas.

IV.4. La hoja resumen de los síntomas

El segundo paso en la detección de los síntomas consiste en sensibilizar a los individuos con un trastorno bipolar a los cambios que normalmente experimentan durante los episodios de depresión, de manía, de hipomanía y mixtos. Una hoja resumen de los síntomas, tal como se muestra en el cuadro 18.5, puede facilitar este proceso. Los pacientes listan los síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales que ocurren durante los episodios maníacos y depresivos. Se incluye una tercera columna para indicar lo que el individuo experimenta cuando no tiene síntomas. Por ejemplo, en la columna de depresión el paciente indica que duerme 10 horas o más con siestas ocasionales por la tarde. La columna de la manía indica que el sueño se reduce a 4-5 horas por noche, despertándose generalmente más pronto de lo normal, sin necesidad de requerir más sueño. En la columna del estado normal, el paciente indica el patrón de sueño habitual cuando no tiene síntomas. En el cuadro 18.5, este paciente indicó que normalmente no dormía más de 8 horas cada noche y que no se echaba siestas durante el día. Para cada síntoma que incluye en la lista, lo compara y contrasta con los otros estados de ánimo y con los períodos de eutimia. Los miembros de la familia y los amigos contribuyen a la lista añadiendo sus observaciones sobre el paciente durante los períodos con síntomas.

CUADRO 18.5. Lista resumen de los síntomas que ocurren durante los episodios maníaco y depresivo

Lista Resumen de Síntomas		
Estado normal	Depresión	Manía
6-8 horas de sueño, sin siestas	Duelmo 10 horas y me echo siestas	Necesito 5 horas de sueño
Más introvertido	Apartado y solitario	Extravertido, sociable
La vida parece tener sentido	Pensamientos de suicidio	La vida es maravillosa
Pienso que estoy bien	No valgo nada	Soy brillante
Séguo	Desesperanzado	Ambicioso
El pensamiento es claro	Muy creativo	Muy creativo
Visito a algunos amigos íntimos	Quiero estar con gente	Quiero estar con gente
Me siento bien	Estoy entusiasmado con la vida	Estoy entusiasmado con la vida
	El estado de ánimo es negro	

IV.5. La representación gráfica del estado de ánimo

Los gráficos del estado de ánimo pueden utilizarse para observar los cambios diarios en el estado de ánimo, en las cogniciones y en la conducta que podrían indicar la aparición de un nuevo episodio de manía y depresión. El gráfico pue-

de emplearse para evaluar el estado de ánimo u otros síntomas de los que se da cuenta el paciente y que suelen aparecer al principio del episodio. Algunas personas son más sensibles a los cambios en las actitudes (más optimistas o más pesimistas). Otras se dan cuenta de los cambios en los patrones de sueño (aumentados o interrumpidos) o en la actividad (más activos o más apartados socialmente). La hoja resumen de los síntomas puede ayudar al clínico y al paciente a decidir qué síntomas serán más útiles registrar.

CUADRO 18.6. *Gráfico del estado de ánimo*

Nombre del paciente _____		Semana: _____					
Rellenado por: _____		Relación con el paciente: _____					
<i>Gráfico del estado de ánimo</i>							
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7
Fecha.							
<i>Maniaco</i>							
+5							
+4							
+3 Momento de intervenir							
+2 Observar de cerca							
+1							
0 Normal							
-1							
-2 Observar de cerca							
-3 Momento de intervenir							
-4							
-5							
<i>Deprimido</i>							

La fila de la mitad del gráfico que se muestra en el cuadro 18.6 representa la eutimia, de modo similar a la línea media del gráfico anterior (figura 18.1). Los puntos por encima de la línea media, desde +1 a +5 representan niveles de manía, indicando el +5 un episodio maníaco grave. Los puntos por debajo de la línea media, desde -1 a -5, representan niveles de depresión, indicando los puntos más bajos un episodio grave de depresión mayor. El estado de ánimo probablemente variará de -1 a +1 en los días más eutímicos. Las evaluaciones que van de +2 a -2 alertan a los pacientes a observar sus síntomas un poco más de cerca y tomar las medidas protectoras que sean necesarias (p. ej., normalizar el sueño, recordar tomar la medicación). Una puntuación de -3 a +3 indica que es el momento de intervenir para evitar que los síntomas empeoren. Esto puede requerir llamar al médico y utilizar las técnicas de TCC descritas más adelante.

Es mejor adaptar el gráfico del estado de ánimo a las necesidades especiales de cada paciente. Por ejemplo, para aquellos sujetos que padecen cambios del estado de ánimo en la mitad del día (p. ej., cuando los niños regresan a casa del colegio), se puede diseñar un gráfico con las evaluaciones de la mañana y de la tarde. El paciente puede incluir anotaciones en el gráfico sobre cualquier circunstancia relacionada con el cambio en el estado de ánimo. Esta información puede ayudar a los clínicos a desarrollar intervenciones que eviten el empeoramiento de dicho estado. Por ejemplo, los pacientes pueden observar que su estado de ánimo cambia cuando llegan al trabajo, cuando conducen con mucho tráfico, cuando ven a sus cónyuges o cuando tienen hambre. Estos cambios de humor no requieren una intervención farmacológica, sino que pueden abordarse con técnicas de TCC.

IV.6. Procedimientos para mejorar la adherencia al tratamiento

Otro objetivo de la TCC con los trastornos bipolares consiste en optimizar la adherencia a la terapia farmacológica y otras formas de intervención durante el tiempo total que el paciente esté bajo tratamiento. El énfasis en la optimización de la adherencia supone que incluso bajo las circunstancias más favorables, la mayoría de la gente será incapaz de cumplir perfectamente con el tratamiento en todas las ocasiones, especialmente si éste dura gran parte de la vida. Si los objetivos y los procedimientos de la intervención son aceptables para los pacientes, el esfuerzo de la TCC se centra en aumentar la probabilidad de que los pacientes puedan seguir el tratamiento tal como está prescrito, identificando y eliminando los factores que interfieran con la adherencia.

El presente enfoque empieza con la estructura del contrato conductual, refinado y ampliado por la identificación y eliminación de los obstáculos para la adherencia. Este elemento crítico del contrato se diferencia de los métodos estándar de contrato conductual en que ayuda a los pacientes a anticipar los problemas con la adherencia antes de que ocurran. Este proceso de "eliminación de problemas" permite que los pacientes y los clínicos discutan abiertamente la adherencia al tratamiento como un objetivo, en vez de como una orden o una conducta inapropiada, tal como se hace habitualmente. Los clínicos introducen la idea de que la adherencia total al tratamiento es un objetivo, proporcionando una explicación razonada sobre la necesidad de un empleo consistente de la medicación para optimizar su eficacia. Los clínicos deberían comprobar si los pacientes entienden y aceptan esa explicación. Si no, se necesita una mayor discusión para aclarar cómo funciona la medicación psicotrópica y para determinar si los pacientes tienen ideas erróneas sobre la terapia farmacológica. No es raro que gente con un trastorno bipolar haya tenido malas experiencias con la medicación en el pasado, especialmente si sus síntomas han sido lo suficientemente graves como para necesitar una hospitalización o un tratamiento de emergencia o si su diagnóstico no ha estado claro en el momento en que se inició el tratamiento. Estas clases de experiencias pueden hacer que los pacientes tengan algunas sospechas sobre las intenciones de sus psiquiatras y sobre la utilidad de la farmacoterapia.

Otra forma en la que el enfoque de la TCC sobre la adherencia difiere del contrato conductual tradicional está en que habitualmente no se proporciona una recompensa externa por la adherencia. El centro de atención de la intervención se encuentra en que los pacientes asuman una responsabilidad completa de su adherencia al tratamiento. Los clínicos pueden ayudarles a entender por qué es importante ser consistente en la toma de la medicación y a que trabajen hacia una optimización de la adherencia, pero el que tome la medicación de forma regular es, en último término, la responsabilidad del paciente. Las consecuencias de la falta de adherencia son internas, personales. Las recompensas por la adherencia también lo deben ser. El met mensaje de esta intervención es que debería haber una atribución interna en cuanto al grado en que la gente se adhiere al tratamiento y a los resultados de su adherencia (p. ej., «Sigo este tratamiento correctamente porque pienso que me es útil y redundante en mi propio interés»). Las recompensas externas, que pueden ser convenientes en las intervenciones breves, como la pérdida de peso, no crearían ni mantendrían los cambios conductuales necesarios en el tratamiento profiláctico, prolongado, del trastorno bipolar.

Lo mismo que sucede con otras intervenciones de contrato conductual para mejorar la adherencia, la TCC empieza con una clara definición de los objetivos del tratamiento. Estos objetivos se plasman de forma tan específica como son los programas de las dosis (p. ej., tomar 300 mgr. de litio por la mañana, a mediodía y a la hora de acostarse), las planificaciones de las citas (p. ej., acudir a la cita con el médico el próximo lunes, asistir a las reuniones de Alcohólicos Anónimos tres veces durante la próxima semana), y/o las tareas para casa (p. ej., leer el folleto sobre el trastorno bipolar). Para tener éxito, el paciente y el profesional de la salud tienen que entender y estar de acuerdo sobre los objetivos del tratamiento. Una vez que se han definido dichos objetivos, debe aportarse información sobre los mismos de tal manera que proporcione un documento escrito al paciente y al clínico. El cuadro 18.7 ofrece un ejemplo de la primera parte de un contrato conductual en el que se especifican los planes de tratamiento.

CUADRO 18.7. *Contrato de adherencia: Parte I. Plan de tratamiento*

Yo Nombre del paciente, estoy de acuerdo en seguir los planes de tratamiento que se describen a continuación.

1. Tomar 300 mgr. de litio tres veces al día (mañana, tarde y noche)
2. Tomar 1 mgr. de Somnovit a la hora de acostarme para que me ayude a dormir.
3. Ver a mi médico una vez al mes.
4. Llamar al médico si pienso que estoy empezando a tener más síntomas o si pienso que es necesario un cambio de la medicación. Estoy de acuerdo en telefonar antes de realizar cambios por mí mismo.

La segunda parte del contrato conductual consiste en identificar los factores que podrían interferir con el tratamiento. Esto incluiría aspectos internos del individuo (p. ej., estado de ánimo, temores sobre la medicación, olvido) e influen-

cias externas (p. ej., miembros de la familia que desaconsejan el uso de medicamentos, consejos médicos que no concuerdan). El cuadro 18.8 describe algunos de los obstáculos a la adherencia al tratamiento.

CUADRO 18.8. *Obstáculos a la adherencia*

- A. *Variables interpersonales*
 1. Los síntomas remiten y no ve necesidad de seguir con el tratamiento.
 2. Se le acaba la medicación al paciente. No acude a que le hagan otra receta.
 3. Niega que tenga un trastorno/estigma crónico asociado a la enfermedad bipolar.
 4. Olvido.
- B. *Variables del tratamiento*
 1. Efectos secundarios de la medicación.
 2. El programa de medicación no se ajusta al programa personal del paciente.
 3. Se le asigna un nuevo médico al paciente que cambia los planes de tratamiento.
- C. *Variables del sistema social*
 1. Estímulos estresantes psicosociales.
 2. Consejos médicos contradictorios
 3. Disuasión por parte de la familia o los amigos.
 4. Historias hechas públicas de las malas experiencias de otras personas con la medicación.
- D. *Variables interpersonales*
 1. Deficiente relación con el terapeuta y/o con el psiquiatra.
 2. Contexto clínico masificado, incómodo o desagradable.
- E. *Variables cognitivas*
 1. Al paciente no le gusta la idea de tener que depender de los fármacos.
 2. El paciente piensa que debería ser capaz de controlar por sí mismo los cambios de humor
 3. El paciente atribuye erróneamente los síntomas del trastorno bipolar a otra fuente.
 4. El paciente sospecha de las intenciones del psiquiatra.

Fuente: Adaptado de M. R. Basco y A. J. Rush (1996). *Cognitive-behavior therapy for bipolar disorder*. Nueva York: Guilford.

El contrato conductual incluye, en una segunda sección, una lista de factores que el paciente ha identificado como elementos que interfieren potencialmente con la adherencia al tratamiento (véase cuadro 18.9). El clínico ayuda al paciente a anticipar problemas con respecto a cada uno de los objetivos de la intervención (p. ej., «¿Qué podría suceder para que no tomaras la medicación? ¿Qué podría suceder para que no lo hicieras hasta tu próxima cita con el médico?»). Algunos pacientes que desean complacer a sus médicos dirán que nada evitará que tomen la medicación. Aunque este entusiasmo es normalmente verdadero, el profesional de la salud no debería omitir la discusión de los obstáculos que, aunque no planificados, podrían surgir. En estos casos, puede ser útil revisar las

experiencias pasadas en las que los pacientes han tenido problemas para continuar con el tratamiento tal como se había prescrito (p. ej., «¿Ha habido ocasiones en el pasado en las que fue difícil tomar siempre la medicación que se te prescribió o en las que cambiaste la forma de tomar la medicación? ¿Qué sucedió cuando añadiste fármacos por ti mismo para ayudar a controlar los síntomas?»).

CUADRO 18.9. *Contrato de adherencia: Parte II. Obstáculos a la adherencia*

Anticipo los siguientes problemas en el seguimiento de mi plan de tratamiento.

1. Podría ganar peso con el litio.
2. Un comprimido de Somnovit podría no ser suficiente de modo que tendría que tomar dos.
3. Podría no tener un vehículo con el que desplazarme en mi próxima cita.
4. Podría necesitar más medicinas antes de acudir de nuevo a consulta.

La última sección del contrato de adherencia consiste en planes para evitar o superar los obstáculos descritos en la sección anterior. Para cada obstáculo, el paciente y el profesional de la salud elaboran un plan que reduzca la probabilidad de que ocurra el problema o que afronte el obstáculo cuando surja. Los pacientes probablemente posean estrategias que hayan intentado en el pasado con distintos grados de éxito. El plan para superar cada obstáculo a la adherencia se escribe en la tercera parte del contrato de adherencia. En el cuadro 18.10 se proporciona un ejemplo.

CUADRO 18.10. *Contrato de adherencia: Parte III. Plan para reducir los obstáculos a la adherencia*

Para superar estos obstáculos, planifico hacer lo siguiente:

1. Conseguir una lista de comidas con grasas pidiéndosela al médico. Limitar la ingesta de alimentos grasos en cada comida. Comer dulces sólo dos veces a la semana.
2. Mejorar el sueño no bebiendo café u otras bebidas con cafeína después de las cuatro de la tarde.
3. Planificar por adelantado. Pedir a la familia que me lleve a la cita con el médico al menos una vez a la semana. Apartar dinero para tomar un taxi o un autobús si es necesario.
4. Si no puedo acudir a consulta antes de que se me acaben las medicinas, limitaré los fármacos extra a los que mi médico y yo hemos estado de acuerdo en que son seguros y útiles. Llamaré a mi asistente social si necesito ayuda.

El contrato lo puede desarrollar cualquiera de los profesionales de la salud que trabaja con el paciente y que está al tanto del plan de tratamiento con la me-

dicación. Llevará aproximadamente unos 45 minutos desarrollar el contrato por primera vez. Éste se revisa en cada visita posterior, con el fin de modificar los objetivos de la intervención si es necesario, evaluar cualquier problema con la adherencia y modificar el plan para abordar los obstáculos al tratamiento en caso de necesidad. A veces, los pacientes se encontrarán más a gusto admitiendo falta de adherencia al tratamiento con otros clínicos que no sean sus médicos. Desean causar una buena impresión o temen las consecuencias de decepcionar a sus médicos. Un/a enfermero/a, un/a asistente social o un terapeuta pueden revisar el contrato durante sus encuentros regulares con los pacientes. El psiquiatra puede revisar el contrato de manera más breve, modificando el plan cuando sea necesario.

IV.7. *El control de los síntomas cognitivos subsindrómicos*

Los síntomas de depresión y manía incluyen cambios en el contenido, en la claridad y en el número de los pensamientos. En ambos estados emocionales, las cogniciones parecen ser tanto un producto del estado de ánimo como una variable que afecta al mismo. Los puntos de vista o las actitudes sobre uno mismo, el mundo o el futuro cambian, a menudo de forma no realista. El procesamiento de la información puede enlentecerse notablemente cuando la concentración se encuentra deteriorada por la depresión o cuando el flujo de pensamientos y la distraibilidad sobrecargan el sistema con demasiados datos. Los niveles de creatividad se alteran con la hipomanía y la manía, estimulando a menudo un exceso de nuevas ideas e inspiraciones, mientras que en la depresión la falta de generación de nuevas ideas puede llegar a un extremo agobiante. Tanto en la depresión como en la manía, la comprobación de la realidad puede estar deteriorada, especialmente cuando los episodios de los trastornos se encuentran en sus niveles más graves. El contenido de las ideas delirantes y de las alucinaciones son generalmente congruentes con el estado de ánimo.

La intervención de la TCC para el deterioro de la concentración en la depresión y en la manía es similar. La tarea consiste en reducir el ruido o la sobreestimulación y centrar el pensamiento en un objetivo a la vez. En la manía, esto no se lleva a cabo fácilmente debido a que el control interno sobre el flujo de pensamientos está limitado en muchas personas. Algunas encuentran que las técnicas de relajación y el control de la estimulación ambiental disminuyen el flujo de pensamientos. El fijarse en los síntomas ayudará a los pacientes a descubrir los cambios cognitivos al comienzo de su desarrollo, cuando son más fáciles de controlar.

IV.8. *Evaluación y modificación de las distorsiones cognitivas*

El análisis lógico de los pensamientos emocionalmente sesgados, bien sean pensamientos automáticos negativos asociados a la depresión, o bien pensamientos de sospecha o de ira que acompañan a la irritabilidad, o pensamientos manifies-

tamente positivos que acompañan a la manía, puede llevarse a cabo con técnicas de la terapia cognitiva tradicional, como la evaluación de su validez examinando las pruebas que los apoyan y los cuestionan o generando explicaciones alternativas. En el caso de pensamientos de irritación, de cólera o paranoides, puede ser especialmente útil enseñar a los pacientes a conseguir una distancia emocional con respecto al estímulo del pensamiento antes de intentar evaluar su validez. Este distanciamiento emocional puede ser lo suficientemente poderoso como para ayudar al individuo a conseguir una perspectiva menos emocional y más precisa de la situación.

Con respecto a los pensamientos sesgados positivamente, habitualmente no será el paciente sino las personas de su entorno quienes se quejarán del pensamiento demasiado optimista y poco realista. El paciente que está desarrollando un episodio hipomaniaco o maniaco puede sentirse mejor de lo habitual, tener más creatividad y más confianza en sí mismo y no ver nada patológico sobre estos cambios positivos. Por consiguiente, la señal para evaluar la validez de estos pensamientos será probablemente un terapeuta, un miembro de la familia, o aquellas personas del entorno laboral del paciente. Cuando se les plantea que evalúen los pensamientos con sesgo positivo, los pacientes a menudo se ofenden o se irritan. El mensaje de esta sugerencia es «no eres creativo sino que estás enfermo». Los individuos que temen tener otro episodio de manía y están sensibilizados a los cambios cognitivos que puedan ocurrir, cuestionarán su propio pensamiento cuando adquiera un sesgo positivo. Los pensamientos automáticos negativos que acompañan a la depresión o una manía o hipomanía irritables se acompañan por un desagradable cambio en el estado de ánimo. Este malestar, que no está presente en una manía o hipomanía eutímicas, servirá como la señal para observar y evaluar los pensamientos automáticos negativos.

Seguidamente presentaremos una breve revisión de algunos métodos para evaluar los pensamientos distorsionados positivos y negativos. Los diarios de pensamientos automáticos, como el *Registro diario de los pensamientos disfuncionales* (Beck et al., 1979; Wright et al., 1993), proporcionan una estructura para la evaluación. Cuando tiene lugar un cambio en el estado de ánimo, se indica la fecha y las circunstancias bajo las que ocurrió el cambio de humor. El estímulo puede ser un acontecimiento del entorno de la persona o algo interno, como el recuerdo de un suceso pasado. Se necesitará cierta práctica para ser capaz de identificar el estímulo específico de un cambio del estado de ánimo. Debido a que los episodios del trastorno bipolar son desencadenados a menudo biológicamente, puede que no haya estímulos identificables para un cambio en el estado de ánimo. Luego, el paciente describe los tipos de emociones que está experimentando (p. ej., tristeza, ira, ansiedad). Si se encuentran presentes simultáneamente varias emociones (p. ej., tristeza mezclada con ansiedad), describe cada una de ellas. Emplea una escala de 0 a 100 para evaluar la intensidad aproximada de estas emociones cuando se experimentaron inicialmente (es decir, en el momento de producirse el acontecimiento). En esta escala, el 0 es la ausencia de emoción y el 100 es la mayor intensidad de la emoción que se haya experimentado alguna vez. Reevaluar la intensidad de estas mismas emociones cuando se experimentan en el momento en que se intenta el ejercicio del análisis lógico.

La razón para realizar estas dos evaluaciones se encuentra en que normalmente hay un cambio en la intensidad de la emoción desde el momento del cambio de humor inicial al momento en que se empieza el ejercicio. Puede producirse un aumento en la intensidad de la emoción causado por un conjunto de problemas (p. ej., los estímulos estresantes se vuelven más complicados o difíciles) o por el darle vueltas al acontecimiento estimular. De igual manera, puede darse una disminución en la intensidad con el paso del tiempo y la distancia emocional con respecto al estímulo o pensando en el problema e intentando una solución. Los cambios en la dirección de la intensidad emocional y sus causas ayudarán a los terapeutas a entender mejor cómo afrontarán los pacientes internamente los cambios emocionales. Se hace que el paciente escriba los pensamientos que estaban asociados a cada emoción descrita. Utilizando la misma escala de 0 a 100, se evalúa la intensidad con la que, según se piensa, se daba el pensamiento automático en el momento de ocurrencia del acontecimiento. En este caso, el 0 significa una ausencia total de creencia en la idea y 100 significa una certeza absoluta. Se hace que el paciente reevalúe la intensidad con la que creía se daba el pensamiento automático en el momento en que se inicia el ejercicio del análisis lógico.

Para empezar a disminuir la intensidad del cambio emocional, se selecciona uno de los pensamientos automáticos que está asociado con el cambio emocional más intenso o uno que el paciente identifique como especialmente perturbador. La tarea del análisis lógico consiste en generar, en primer lugar, evidencias que apoyen y cuestionen el pensamiento automático y luego revisar de forma objetiva las pruebas y sacar una conclusión. El paciente describe las evidencias que apoyen y cuestionen el pensamiento automático bajo análisis en dos columnas. Es considerablemente más potente que el paciente genere las pruebas, en vez de aceptar la palabra del terapeuta. Éste puede hacer preguntas para estimular al paciente a que considere otras pruebas y proporciona algunas sugerencias.

Después de que el paciente examina las evidencias a favor y en contra del pensamiento, puede llegar a la conclusión de que el pensamiento no es válido, de que las pruebas no son concluyentes o de que el pensamiento es realmente válido. Si el pensamiento no es válido, se ayuda al paciente a revisar el pensamiento automático original para hacerle más correcto. Por ejemplo, «Soy un completo perdedor» podría modificarse a «Cometí un error». De nuevo, es más eficaz cuando el paciente revisa el pensamiento. Si éste es válido (p. ej., «Mi olvido hizo que la compañía perdiese el contrato»), el paciente debería evaluar las consecuencias potenciales que le siguen así como la probabilidad de que esas consecuencias tengan lugar («Podría perder mi empleo» —50% de probabilidad). Si la probabilidad es elevada y las consecuencias son importantes, se adopta un enfoque de solución de problemas con el fin de generar un plan para disminuir la probabilidad de consecuencias negativas y/o para afrontar su ocurrencia (p. ej., «Hablar con el jefe sobre mi error. Hablar sobre lo seguro de mi puesto. Leer anuncios de nuevos trabajos potenciales en el caso de que me despidieran. Encontrar formas de compensar mi escasa concentración y memoria»).

Si las evidencias no son concluyentes, determinar qué tipo de pruebas serían necesarias para confirmar o descartar el pensamiento (p. ej., «No estoy seguro/a

de que fuese mi culpa. Necesitaré preguntárselo a mi jefe para estar seguro/a»). Generar un plan para recoger más pruebas (p. ej., «Hablaré primero con un compañero de trabajo en el que confío. Luego, hablaré con mi jefe sobre el suceso»). Cuando se ha terminado el ejercicio, reevaluar la intensidad de cada emoción descrita en un principio. Reevaluar la intensidad de la creencia en cada pensamiento automático. Si el ejercicio fue útil, debería disminuir la intensidad de la emoción. Si ésta sigue siendo elevada, explorar los pensamientos automáticos asociados ahora con la emoción y repetir el ejercicio.

En la manía, una preocupación frecuente entre los pacientes y los miembros de su familia, los amigos y los socios laborales, es el estado de ánimo eufórico y el deseo de hacer cambios extremos en el trabajo o en las relaciones. El paciente maniaco o hipomaniaco pueden tener más confianza en sí mismo y creer que sus ideas tienen la garantía del éxito, mientras que los demás encuentran estos planes arriesgados o inapropiados. Una estrategia para enlentecer el proceso y reducir la adopción de excesivos riesgos consiste en evaluar la validez de que estas nuevas ideas tengan, de hecho, garantizado el éxito, empleando el método descrito anteriormente. Quizás un procedimiento más útil de evaluar nuevas ideas es examinar las ventajas y desventajas de llevar a cabo el nuevo plan (p. ej., cambiar de trabajo, realizar una inversión económica, terminar o empezar una relación amorosa) y las ventajas y desventajas de no llevarlo a cabo (p. ej., conservar el *status quo*). Si el paciente, la familia o el terapeuta no tienen claro si las nuevas ideas son planes creativos o se deben a un síntoma de la manía que está condenado al fracaso, se siguen registrando los síntomas empleando un gráfico del estado de ánimo antes de realizar ningún cambio (p. ej., «Si es una buena idea hoy, también será una buena idea la semana que viene»). Hay que recordar al paciente de qué forma la urgencia por actuar puede ser un síntoma de la hipomanía.

IV.9. El control de los síntomas conductuales subsindrómicos

Las intervenciones que activan a la conducta empleadas en la terapia cognitiva tradicional para la depresión funcionan también en la contención de la actividad en la hipomanía o las primeras fases de la manía. En la depresión, se da a menudo una autocrítica sobre la falta de actividad que debería evaluarse mientras se llevan a cabo las intervenciones conductuales. El aumento de la actividad debería mejorar una visión negativa de uno mismo y la sensación de estar abrumado. En la manía, las cogniciones que rodean al exceso de actividad y la desorganización que la acompaña están relacionadas con temas de autocontrol. El éxito por medio de la contención conductual no sólo ayuda a reducir la estimulación que perturba el sueño y hace progresar la manía, sino que puede ayudar también a mejorar la sensación de autoeficacia de los pacientes.

Las intervenciones conductuales, tanto para la depresión como para la manía, implican el establecimiento de objetivos y la planificación y puesta en práctica de una serie limitada de actividades. El aumento de la estimulación mental en la manía puede hacer que el paciente se cargue con demasiados planes, la ma-

yoría de los cuales están poco organizados. En la depresión, el paciente se encuentra normalmente demasiado abrumado para organizar e iniciar actividades, acumulándose, por consiguiente, las responsabilidades del trabajo o de la casa. Sentirse abrumado por las responsabilidades sólo sirve para empeorar la inercia. El establecimiento de objetivos ayuda a organizar los pensamientos y los planes del paciente. Existen muchos formatos para el establecimiento de objetivos. Normalmente empiezan haciendo que el paciente ponga en una lista todas las actividades o conductas que quiere o tiene que realizar. Puede iniciarse esta parte de la intervención durante la sesión de terapia y terminarse como tarea para casa. Tanto el paciente maniaco como el deprimido crearán listas con más actividades de las que pueden llevar a cabo de forma inmediata.

El segundo paso consiste en poner en orden de prioridad las actividades propuestas. Primero se intentarán los elementos de mayor prioridad. En la depresión, la cantidad de actividad asignada dependerá del nivel de energía del paciente. Se asignará sólo la actividad que pueda ser llevada a cabo de forma realista antes de la siguiente sesión de terapia. Esto puede ser perturbador para algunos pacientes que se consideran culpables sobre su inercia y sienten la necesidad de ponerse al día tan pronto como puedan.

En la hipomanía, se tiene que limitar también la cantidad de actividad asignada como tarea para casa. Aunque el paciente pueda pensar que es capaz de llevar a cabo todo lo que se le presente, el continuo surgimiento de nuevas ideas junto con la distraibilidad conducen normalmente a empezar muchos proyectos, pero acabar pocos. El aumento de la actividad durante el día significa exceso de estimulación y menos sueño por la noche. Este proceso alimenta la hipomanía que, a su vez, alimenta la actividad mental y física, empujando al episodio hacia la manía.

Una forma de satisfacer al paciente deprimido acosado por la culpa y al paciente hipomaniaco entusiasta consiste en asignar dos grupos de actividades, una "lista A" y una "lista B". La "lista A" incluye actividades que tienen una mayor prioridad. Si el paciente termina las tareas o las actividades de la "lista A", puede seguir con las de la "lista B". El clínico debe emplear su juicio sobre cuánto puede llevarse a cabo de modo razonable entre sesiones sin que el paciente pierda el sueño. Que el paciente deprimido empiece con unos cuantos elementos (1 ó 2) de la "lista A" que puedan terminarse fácilmente. En el caso de la persona que se encuentra en un estado hipomaniaco, la idea es proporcionar la actividad suficiente de modo que sea satisfactoria y concentre la energía extra, pero evitar la sobreestimulación o el "quemarse las pestañas". El énfasis debería ponerse en acabar un proyecto antes de empezar otro.

IV.10. La reducción de los estímulos estresantes psicosociales

El último componente del enfoque de TCC para el tratamiento del trastorno bipolar consiste en la reducción de los estímulos estresantes psicosociales. Los episodios de depresión y de manía interfieren con el funcionamiento en casa, en el trabajo y en las relaciones sociales al comprometer, en parte, la capacidad de

la persona para solucionar los problemas de la vida diaria. Síntomas tales como la inactividad, la irritabilidad, la adopción de riesgos o la impulsividad, agravan el estrés del paciente y el de los miembros de su familia. La emocionalidad del sujeto y las reacciones de los demás perturban las relaciones. Antes de que los miembros de la familia o los amigos reconozcan las conductas del individuo como síntomas de una enfermedad, es más probable que tomen los comentarios del paciente de forma superficial. Esto servirá para cultivar resentimientos, que no desaparecen cuando el episodio de depresión o de manía del sujeto termina. Los problemas residuales pueden ser negativos para todos y contribuyen al desarrollo de un ambiente estresante que puede predisponer a algún otro episodio del trastorno. La terapia, por consiguiente, tiene que trabajar para solucionar estímulos estresantes psicosociales que ya existen, enseñar habilidades para afrontar los nuevos problemas conforme se van presentando y proporcionar a los pacientes retroalimentación correctora sobre sus habilidades de comunicación interpersonal, de modo que puedan mantener relaciones saludables.

IV.11. La solución de problemas psicosociales

Para algunos pacientes, la intervención en la crisis puede ser la razón por la que se acudió a terapia. Por consiguiente, se les plantea a los terapeutas abordar los problemas presentes mientras intentan enseñar las habilidades del TCC que se han descrito anteriormente. Es fácil distraerse por temas que se piensa están presionando al individuo y a su familia. Si el número de sesiones se limita por cuestiones económicas, puede que no haya tiempo suficiente para un entrenamiento en habilidades completo. Sin embargo, conforme el terapeuta ayuda al sujeto a solucionar las crisis, puede enseñar habilidades de solución de problemas. Esto permite que el paciente tenga una estructura para abordar futuros problemas cuando el terapeuta no puede estar presente.

La identificación y definición del problema es el primer paso para su solución, pero puede estar distorsionado o desdibujado por el estado de ánimo del paciente. Se le debería estimular a éste a ser específico sobre la conducta, la situación, el momento y/o las circunstancias que son problemáticas. Si hay más de un participante en la terapia, puede ser necesaria cierta discusión hasta que haya un acuerdo sobre el planteamiento del problema (p. ej., «Las facturas vengán mañana y no tenemos dinero suficiente para pagarlas todas»). El segundo paso del proceso consiste en generar soluciones potenciales al problema. Es más útil empezar por listar todas las posibles soluciones sin evaluar su calidad o viabilidad. Después de revisar cada una de ellas y eliminar las soluciones menos deseables o razonables, pueden ordenarse las soluciones restantes en función de su probabilidad de éxito. Si una solución no se presenta como la más adecuada, se evalúan las restantes soluciones en función de sus ventajas y desventajas. Se ha de especificar cómo, cuándo, y por quién se llevará a cabo la solución y se asigna esto como tarea para casa. Se evalúan los resultados y, si no son completamente satisfactorios, se revisa el plan existente para abordar mejor el problema.

IV.12. La comunicación interpersonal

Uno de los obstáculos más frecuentes a la buena comunicación es la emoción. Ésta constituye un filtro a través del cual se pueden distorsionar los mensajes. El trastorno bipolar está caracterizado por cambios emocionales extremos que se acompañan por cambios en la visión de uno mismo y de los demás. Tanto los cambios cognitivos o actitudinales como los cambios emocionales afectarán a cómo son enviados y recibidos los mensajes. Esto tiene como resultado que en el puesto de oyente se escuchen cosas diferentes de las que se intentaron enviar. Las respuestas reflejarán, a su vez, lo que se oyó en vez de lo que se intentó comunicar. En estas situaciones, no tarda mucho tiempo en desarrollarse la tensión o el conflicto. El objetivo de la terapia consiste en reducir los filtros que distorsionan la comunicación, de modo que el paciente pueda enviar mensajes a los demás de manera eficaz y recibirlos sin malinterpretarlos. Las siguientes constituyen un resumen de las reglas de comunicación que ayudarán al proceso:

- *Permanece tranquilo/a.* La ira dictará la elección de las palabras y de las soluciones que se ofrecen. Es mejor esperar hasta que se calme la emoción que arriesgarse a tomar decisiones erróneas en el calor de la ira.
- *Organízate.* Tómase el tiempo necesario para pensar sobre un problema y su posible solución antes de discutirlo con los demás.
- *Sé específico.* Las quejas globales (p. ej., «No puedo aguantarlo más», «No me apoyas») no se solucionan fácilmente y conducen normalmente a un mayor conflicto puesto que fuerza al que recibe la queja a defenderse, a menudo contraatacando. Se especifica la acción, el acontecimiento o el proceso que es problemático.
- *Sé claro.* El intentar ser amable por medio de expresiones vagas deja mucho espacio para la interpretación errónea.
- *Sé un buen oyente.* La escucha activa sin interrupción significa intentar comprender la perspectiva del que habla en vez de utilizar el tiempo de habla de la otra persona como una oportunidad para preparar una respuesta (o defenderse).
- *Sé flexible.* Considera las ideas de los demás antes de seleccionar una solución.
- *Sé creativo/a.* Al generar una solución a un problema específico es útil ir más allá de las estrategias empleadas en el pasado. Sé imaginativo. Intenta nuevos planes. Si no funcionan, se puede utilizar otro método.
- *Hazlo sencillo.* Resiste el impulso de sacar a discusión otros problemas o temas que te vengán a la cabeza. Vigila la conversación para no apartarte del punto principal. Soluciona un problema cada vez.

Aunque estas reglas parecen bastante fáciles de seguir, lleva práctica ser un buen comunicador, especialmente si el tema es conflictivo o si la persona se está sintiendo deprimida, irritable o ansiosa. La clave para el entrenamiento en comunicación con éxito yace en enlentecer el proceso, de modo que se le puedan

señalar al sujeto las virtudes y los defectos de sus habilidades de comunicación. El paciente, y a veces los miembros de su familia, necesitan una evaluación objetiva de sus conductas de comunicación. La autoobservación, aunque útil, está sesgada por la visión sobre sí mismo del que habla y el grado de adecuación de sus mensajes. Las observaciones objetivas del terapeuta pueden ser muy valiosas si el paciente está preparado para oírlas.

V. CONCLUSIONES Y TENDENCIAS FUTURAS

Se puede defender con fuerza el empleo de la TCC como una ayuda a la terapia farmacológica en pacientes con un trastorno afectivo bipolar. Afortunadamente, se esperan más datos empíricos para establecer la razón coste/eficacia de esta estrategia añadida. En el caso del trastorno bipolar, centrarse exclusivamente en la farmacoterapia es ahorrativo en los pequeños detalles, pero en realidad es derrochador en los aspectos importantes. La falta de atención a las cuestiones psicosociales que afectan al modo en que los pacientes afrontan este trastorno crónico y devastador dará como resultado episodios recurrentes de la enfermedad y la necesidad de tratamientos más caros como las hospitalizaciones y las consultas de urgencia. Mientras tanto, la capacidad de los pacientes para funcionar continúa disminuyendo y contribuyen cada vez menos en sus papeles laborales y sociales. Se necesita también más investigación para determinar qué elementos de la intervención de la TCC para el trastorno bipolar son más útiles en su ayuda a los pacientes con el fin de controlar los síntomas lo máximo que puedan a lo largo de sus vidas. El desafío que se plantea a los clínicos es proporcionar un tratamiento amplio, como el expuesto aquí, en un contexto para el cuidado de la salud en el que cuanto más barato sea el tratamiento mejor se considerará al mismo.

REFERENCIAS

- Aagaard, J. y Vestergaard, P. (1990). Predictors of outcome in prophylactic lithium treatment: A 2-year prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 18, 259-266.
- Altamura, A. C. y Mauri, M. (1985). Plasma concentration, information and therapy adherence during long-term treatment with antidepressants. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 20, 714-716.
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Leverich, G. S., Mikalaukas, K., Rosoff, A. y Ackerman, L. (1995). Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: A controversy revisited. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1130-1138.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D.C.: APA.

- Angst, J. (1981). Clinical indications for a prophylactic treatment of depression. *Advances in Biological Psychiatry*, 7, 218-229.
- Aronson, T. A. y Skukla, S. (1987). Life events and relapse in bipolar disorder: The impact of a catastrophic event. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 571-576.
- Baastrup, P. C. y Schou, M. (1967). Lithium as a prophylactic agent: Its effect against recurrent depression and manic-depressive psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 16, 162-172.
- Baastrup, P. C., Poulsen, J. C., Schou, M., Thomsen, K. y Amdisen, A. (1970). Prophylactic lithium: Double-blind discontinuation in manic-depressive and recurrent depressive disorders. *Lancet*, 2, 326-330.
- Basco, M. R. y Rush, A. J. (1996). Compliance with pharmacotherapy in mood disorders. *Psychiatry Annals*, 25, 78-82.
- Basco, M. R. y Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavior therapy for bipolar disorder*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Benson, R. (1975). The forgotten treatment modality in bipolar illness: Psychotherapy. *Disorders of the Nervous System*, 35, 634-638.
- Bidzinska, E. J. (1984). Stress factors in affective diseases. *British Journal of Psychiatry*, 144, 161-166.
- Blackburn, I. M., Evanson, K. M. y Bishop, S. (1986). A two year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Bowden, C. L., Brugger, A. M., Swann, A. C., Calabrese, J. R., Janicak, P. G., Petty, F., Dilsaver, S. C., Davis, J. M., Rush, A. J., Small, J. G., Garza-Trevino, E. S., Risch, S. C., Goodnick, P. J. y Morris, D. D. (1994). Efficacy of divalproex sodium vs. lithium and placebo in the treatment of mania. *Journal of the American Medical Association*, 271, 918-924.
- Calabrese, J. R. y Delucchi, G. A. (1990). Spectrum of efficacy of valproate in 55 patients with rapid-cycling bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 431-434.
- Clarkin, J. F., Glick, I. D., Haas, G. L., Spencer, J. H., Lewis, A. B., Peyser, J., DeMane, N., GoodEllis, M., Harris, E. y Listell, V. (1990). A randomized clinical trial of inpatient family intervention. V. Results for affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 18, 1728.
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Connelly, C. E. (1984). Compliance with outpatient lithium therapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 22, 44-50.
- Connelly, C. E., Davenport, Y. B. y Nurnberger, J. I. (1982). Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Archives of General Psychiatry*, 39, 585-588.
- Coppen, A., Noguera, R., Bailey, J., Burns, B. H., Swani, M. S., Hare, E. H., Gardner, R. y Maggs, R. (1971). Prophylactic lithium in affective disorders: Controlled trial. *Lancet*, 2, 275-279.
- Coppen, A., Peet, M., Baily, J., Noguera, R., Burns, B., Swani, M., Maggs, R. y Gardner, R. (1973). Double-blind and open prospective studies of lithium prophylaxis in affective disorders. *Psychiatry, Neurology and Neurosurgery*, 75, 500-510.
- Cundall, R. L., Brooks, P. W. y Murray, L. G. (1972). A controlled evaluation of lithium prophylaxis in affective disorders. *Psychological Medicine*, 2, 308-311.

- Danion, J. M., Neureuther, C., Krieger-Finance, F., Imbs, J. L. y Singer, L. (1987). Compliance with long-term lithium treatment in major affective disorders. *Pharmacopsychiatry*, 20, 230-231.
- Davenport, Y. B., Ebert, M. H., Adland, M. L. y Goodwin, F. K. (1977). Couples group therapy as an adjunct to lithium maintenance of the manic patient. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 495-502.
- Dubovsky, S. I., Franks, R. D., Allen, S. y Murphy, J. (1986). Calcium antagonists in mania: A double blind study of verapamil. *Psychiatry Research*, 18, 309-320.
- Dunner, D. L., Murphy, D., Stallone, R. y Fieve, R. R. (1979). Episode frequency prior to lithium treatment in bipolar manic-depressive patients. *Comprehensive Psychiatry*, 20, 511-515.
- Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., Canestrari, R. y Morphy, M. A. (1994). *American Journal of Psychiatry*, 151, 1295-1299.
- Fieve, R. R., Kumbaraci, T. y Dunner, D. L. (1976). Lithium prophylaxis of depression in bipolar I, bipolar II, and unipolar patients. *American Journal of Psychiatry*, 133, 925-930.
- Gelenberg, A. J., Carroll, J. A., Baudhuin, M. G., Jefferson, J. W. y Greist, J. H. (1989). The meaning of serum lithium levels in maintenance therapy of mood disorders: A review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50 (Suppl.), 17-22.
- Glassner, B. y Haldipur, C. V. (1983). Life events and early and late onset of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 140, 215-217.
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C. y Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 88-99.
- Jacob, M., Frank, E., Kupfer, D. J., Cornes, C. y Carpenter, L. L. (1987). A psychoeducational workshop for depressed patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 968-972.
- Jarrett, R. B., Basco, M. R., Ramanan, J. y Rush, A. J. (1993). *Is there a role for continuation phase cognitive therapy for depressed outpatients?* (manuscrito sin publicar).
- Keller, M. B., Shapiro, R. W., Lavori, P. W. y Wolfe, N. (1982). Relapse in major depressive disorder: Analysis with the life table. *Archives of General Psychiatry*, 39, 911-915.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Kane, J. M., Gelenberg, A. J., Rosenbaum, J. F., Walzer, E. A. y Baker, L. A. (1992). Subsyndromal symptoms in bipolar disorder: A comparison of standard and low serum levels of lithium. *Archives of General Psychiatry*, 49, 371-376.
- Kennedy, S., Thompson, R., Stancer, H., Roy, A. y Persad, E. (1983). Life events precipitating mania. *British Journal of Psychiatry*, 142, 398-403.
- Kraepelin, E. (1921/1976). Manic depressive insanity and paranoia. En G. M. Robertson (dir.), *Textbook of Psychiatry*. Nueva York: Arno Press. (Traducido por R. M. Barclay, trabajo original publicado en 1921.)
- Kucera-Bozarth, K., Beck, N. C. y Lyss, L. (1982). Compliance with lithium regimens. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 20, 11-15.
- Luznat, R., Murphy, D. P. y Nonn, C. M. H. (1988). Carbamazepine vs lithium in the treatment and prophylaxis of mania. *British Journal of Psychiatry*, 153, 198-204.
- McPherson, H., Herbison, P. y Romans, S. (1993). Life events and relapse in established bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 163, 381-385.
- Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. I. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients: Six- and twelve-month follow-ups. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1274-1279.

- Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. I. (1990). Treatment response of high cognitive dysfunction depressed inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 62-71.
- Murphy, D. L. y Beigel, A. (1974). Depression, elation, and lithium carbonate responses in manic patient subgroups. *Archives of General Psychiatry*, 31, 643-648.
- Murphy, G. E., Simons, A. D., Wetzel, R. D. y Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- Myers, E. D. y Calvert, E. J. (1984). Information, compliance and side-effects: A study of patients on antidepressant medication. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 17, 21-25.
- Peet, M. y Harvey, N. S. (1991). Lithium maintenance: A standard education program for patients. *British Journal of Psychiatry*, 158, 197-200.
- Post, R. M. (1992). Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 999-1010.
- Powell, B. J., Othmer, E. y Sinkhorn, C. (1977). Pharmacological aftercare for homogeneous groups of patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 28, 125-127.
- Prien, R. F., Caffey, E. M., Jr. y Klett, C. J. (1973a). Prophylactic efficacy of lithium carbonate in manic-depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 26, 146-153.
- Prien, R. F., Klett, C. J. y Caffey, E. M., Jr. (1973b). Lithium carbonate and imipramine in prevention of affective episodes: A comparison in recurrent affective illness. *Archives of General Psychiatry*, 29, 420-425.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Weissman, M. M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J. D. y Regier, D. A. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958.
- Roy-Byrne, P., Post, R. M., Uhde, T. W., Porcu, T. y Davis, D. (1985). The longitudinal course of recurrent affective illness: Life chart data from research patients at the NIMH. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71 (Suppl. 317), 1-34.
- Rush, A. J., Beck, A. T. y Kovacs, M. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Schwarz, G. y Silbergeld, S. (1983). Serum lithium spot checks to evaluate medication compliance. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 3, 356-358.
- Seltzer, A., Roncari, I. y Garfinkel, P. (1980). Effect of patient education on medication compliance. *Canadian Journal of Psychiatry*, 25, 638-645.
- Shakir, S. A., Volkmar, F. R. y Bacon, S. (1979). Group psychotherapy as an adjunct to lithium maintenance. *American Journal of Psychiatry*, 136, 455-456.
- Small, J. G., Klapper, M. H., Milstein, V., Kellams, J. J., Miller, M. J., Marhenke, J. D. y Small, I. F. (1991). Carbamazepine compared with lithium in the treatment of mania. *Archives of General Psychiatry*, 48, 915-921.
- Spalt, L. (1975). Sexual behavior and affective disorders. *Disorders of the Nervous System*, 36, 974-977.
- Stallone, F., Shelley, E., Mendlewicz, J. y Fieve, R. R. (1973). The use of lithium in affective disorders: III. A double blind study of prophylaxis in bipolar illness. *American Journal of Psychiatry*, 130, 1006-1010.
- Suppes, T., Baldessarini, R. J., Faedda, G. L., y Tohen, M. (1991). Risk of recurrence following discontinuation of lithium treatment in bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1082-1088.
- Thase, M. E., Simons, A. D., McGeary, J., Cahalane, J. F., Hughes, C., Hrden, T. y Friedman, E. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications of longer-term courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052.

- Thase, M. E. y Wright, J. H. (1991). Cognitive behavior therapy with depressed inpatients: An abridged treatment manual. *Behavior Therapy*, 22, 595.
- Van Gent, E. M. y Zwart, F. M. (1991). Psychoeducation of partners of bipolar manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 21, 15-18.
- Wehr, T. A., Sack, D. A. y Rosenthal, N. E. (1987). Sleep reduction as a final common pathway in the genesis of mania. *American Journal of Psychiatry*, 144, 201-204.
- Weissman, M. M., Leaf, P. F., Bruce, M. L. y Florio, L. (1988). The epidemiology of dysthymia in 5 communities: Rates, risk, comorbidity and treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145, 815-819.
- Whisman, M. A., Miller, I. W., Norman, W. H. y Keitner, G. A. (1991). Cognitive therapy with depressed inpatients: Side effects on dysfunctional cognitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 282-288.
- Winokur, G., Clayton, P. J. y Reich, T. (1969). *Manic depressive illness*. St. Louis: C.V. Mosby.
- Wulsin, L., Bachop, M. y Hoffman, D. (1988). Group therapy in manic-depressive illness. *American Journal of Psychotherapy*, 2, 263-271.
- Youssel, F. A. (1983). Compliance with therapeutic regimens: A follow-up study for patients with affective disorders. *Journal of Advances in Nursing*, 8, 513-517.
- Zis, A. P. y Goodwin, F. K. (1979). Major affective disorders as a recurrent illness: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 36, 835-839.
- Zis, A. P., Grof, P., Webster, M. y Goodwin, F. K. (1980). Prediction of relapse in recurrent affective disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 16, 47-49.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Basco, M. R. y Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavior therapy for bipolar disorder*. Nueva York: Guilford.
- Beck, A. T., Shaw, B. F., Rush, A. J. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Cochran, S. D. (1984). Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 873-878.
- Goodwin, F. K. y Jamison, K. R. (1990). *Manic-depressive illness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Palmer, A. G., Williams, H. y Adams, M. (1995). CBT in a group format for bi-polar affective disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 153-168.
- Wright, J. H., Thase, M. E., Beck, A. T. y Ludgate, J. W. (1993). *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu*. Nueva York: Guilford.

FUENTES DE MATERIALES EDUCATIVOS

National Mental Health Information Center
 National Mental Health Association
 1021 Prince St.
 Alexandria, Virginia
 USA
 (800) 969-6642
 (703) 684-7722

National Institute of Mental Health and the D/ART Program
 National Institute of Mental Health
 Public Inquiries Branch, Room 15C-05
 5600 Fishers Lane
 Rockville, MD 20857
 USA
 800/223-4427

National Depressive and Manic Depressive Association
 53 West Jackson Boulevard, Room 618
 Chicago, IL 60604
 USA
 312/642-0049
 312/939-2442

National Alliance for the Mentally Ill
 2101 Wilson Boulevard, Suite 302
 Arlington, Va 22201
 USA
 800/950-6264

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
DE LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y ORGÁNICOS

19. TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA ESQUIZOFRENIA

KIM T. MUESER

I. INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno psiquiátrico grave que afecta aproximadamente al 1% de la población mundial. La esquizofrenia aparece normalmente al final de la adolescencia o en los primeros años de la vida adulta y suele tener un curso episódico, interrumpido por exacerbaciones de los síntomas que requieren hospitalizaciones breves, que dura toda la vida. Aunque la prevalencia de la esquizofrenia es similar en hombres y mujeres, éstas experimentan un curso más leve del trastorno, incluyendo una aparición más tardía de los síntomas, un menor tiempo pasado en el hospital y un mejor funcionamiento social. A pesar de la naturaleza grave y duradera de la esquizofrenia, muchos pacientes mejoran progresivamente con el transcurso del tiempo y en algunos se da una remisión total de los síntomas en sus últimos años.

II. LOS SÍNTOMAS Y EL DETERIORO DEL FUNCIONAMIENTO EN LA ESQUIZOFRENIA

La esquizofrenia se caracteriza por dos amplias clases de síntomas: los positivos y los negativos. Los *síntomas positivos* se refieren a cogniciones, experiencias sensoriales y conductas que están presentes en los pacientes, pero que normalmente están ausentes en las personas sin el trastorno. Ejemplos comunes de síntomas positivos incluyen las alucinaciones (p. ej., oír voces), las ideas delirantes (p. ej., creer que la gente le persigue) y la conducta extraña (p. ej., mantener una postura rara sin razón aparente). Por otra parte, los *síntomas negativos* se refieren a la ausencia o disminución de las cogniciones, emociones o conductas que normalmente están presentes en las personas sin el trastorno. Síntomas negativos comunes incluyen una expresividad afectiva embotada o plana (p. ej., disminución de la expresividad facial), pobreza del habla (p. ej., disminución de la comunicación verbal), anhedonia (p. ej., incapacidad para experimentar placer), apatía, retardo psicomotor (p. ej., lentitud al hablar) e inercia física.

Los síntomas positivos de la esquizofrenia suelen fluctuar a lo largo del curso del trastorno y a menudo se encuentran en remisión entre los episodios del mismo. Además, dichos síntomas normalmente responden a los efectos de la

medicación antipsicótica. Por el contrario, los síntomas negativos suelen ser estables a lo largo del tiempo y tienen una menor respuesta a los fármacos antipsicóticos.

Además de los síntomas que acabamos de señalar, muchos pacientes con esquizofrenia experimentan emociones negativas como consecuencia de su enfermedad. La depresión y las ideas suicidas son síntomas frecuentes de la esquizofrenia y aproximadamente el 10% de las personas con este trastorno mueren por suicidio. Son frecuentes también los problemas por ansiedad, debido a menudo a los síntomas positivos como las alucinaciones o las ideas delirantes paranoides. Finalmente, la ira y la hostilidad pueden estar también presentes, especialmente cuando el paciente es paranoide.

Aparte de los síntomas característicos de la esquizofrenia, muchos pacientes sufren de deterioros cognitivos que pueden limitar su capacidad para participar en los tratamientos cognitivo-conductuales tradicionales. Se encuentran presentes frecuentemente deficiencias cognitivas en áreas tales como la atención, la memoria y el pensamiento abstracto. Estos deterioros requieren de procedimientos clínicos especiales desarrollados para remediar o compensar estas deficiencias básicas.

Una importante característica final de la esquizofrenia es el deterioro en el funcionamiento social. Áreas problemáticas frecuentes incluyen el establecer y mantener relaciones interpersonales, la incapacidad para trabajar y dificultades en las habilidades del cuidado de uno mismo, como el aseo personal y la higiene. En realidad, se piensa que el deterioro en el funcionamiento social es una característica tan esencial de la esquizofrenia que muchos sistemas diagnósticos (p. ej., el *DSM-IV*; APA, 1994) requieren de ese tipo de deterioro para establecer un diagnóstico de esquizofrenia.

Como queda claro a partir de la revisión de las áreas deterioradas y de los síntomas característicos de la esquizofrenia, este trastorno produce múltiples deficiencias, impactando en todas las esferas del funcionamiento de la vida. El tratamiento cognitivo-conductual tiene como objetivo mejorar el amplio rango de problemas experimentados por los pacientes con esquizofrenia.

III. EL MODELO DE VULNERABILIDAD-ESTRÉS-HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO

El modelo de vulnerabilidad-estrés-habilidades de afrontamiento de la esquizofrenia proporciona a los clínicos un valor heurístico a la hora de guiar sus esfuerzos de tratamiento. Este modelo plantea que la gravedad, el curso y los resultados de la esquizofrenia están determinados por tres factores interactivos: vulnerabilidad, estrés y habilidades de afrontamiento. Se piensa que la *vulnerabilidad biológica* está causada por una combinación de influencias genéticas y ambientales tempranas (p. ej., complicaciones obstétricas que producen daños cerebrales sutiles en el recién nacido). Sin la vulnerabilidad biológica necesaria, los síntomas de la esquizofrenia nunca se desarrollarían.

El segundo factor, que impacta sobre la vulnerabilidad biológica, es el *estrés socioambiental*. El estrés puede definirse como contingencias o acontecimientos que requieren una adaptación del individuo con el fin de reducir al mínimo los efectos negativos. Fuentes comunes de estrés incluyen determinados acontecimientos de la vida (p. ej., la muerte de un ser querido) y la exposición a elevados niveles de críticas y conductas invasivas por parte de los familiares. Cuanto mayor es la cantidad de estrés a la que está expuesto el paciente, más vulnerable será a las recaídas y a las rehospitalizaciones.

El tercer factor que puede influir en el curso y en las consecuencias de la esquizofrenia se refiere a las *habilidades de afrontamiento*. Estas habilidades se definen como la capacidad para reducir al mínimo los efectos negativos del estrés sobre la vulnerabilidad biológica o, en otras palabras, la capacidad para eliminar o escapar de los estímulos estresantes que impactan sobre el paciente. Por ejemplo, un sujeto que experimenta la muerte de un ser querido podría utilizar unas buenas habilidades de afrontamiento para hablar sobre la pérdida con otras personas cercanas de su entorno, consiguiendo aceptación y apoyo y disminuyendo los efectos negativos de este acontecimiento de la vida. Igualmente, un paciente que se enfrenta a la crítica de un familiar por haberse olvidado de comprar lo que le pidió, podría expresar sus habilidades sociales reconociendo el malestar del familiar y solucionando, por consiguiente, el conflicto y el estrés que lo acompaña. De este modo, unas buenas habilidades de afrontamiento median los efectos negativos del estrés sobre la vulnerabilidad biológica.

El modelo de vulnerabilidad-estrés-habilidades de afrontamiento tiene algunas implicaciones para el tratamiento cognitivo-conductual de la esquizofrenia. Con respecto a la vulnerabilidad, las medicaciones antipsicóticas suelen reducir eficazmente el riesgo de recaída. Sin embargo, es necesario esforzarse en mejorar la adherencia al tratamiento, que constituye un problema importante en esta población. El abuso del alcohol y de las drogas empeoran la vulnerabilidad biológica, produciendo una reaparición de los síntomas. Por consiguiente, se pueden aplicar estrategias cognitivo-conductuales para disminuir la conducta de abuso de sustancias psicoactivas. El papel del estrés en la producción de recaídas indica la importancia de reducir el estrés. Las intervenciones cognitivo-conductuales plantean frecuentemente la disminución del estrés en la familia, aunque también pueden constituir el objetivo de tratamiento otros tipos de estrés ambiental. Finalmente, se puede emplear una serie de diferentes estrategias para mejorar las habilidades de afrontamiento de los pacientes con esquizofrenia, disminuyendo, por consiguiente, su vulnerabilidad a las recaídas provocadas por el estrés y mejorando su capacidad de funcionamiento.

IV. LAS INTERVENCIONES COGNITIVO-CONDUCTUALES

Existe un amplio rango de estrategias cognitivo-conductuales aplicables a la esquizofrenia. Se encuentra fuera de los objetivos de este capítulo describir cada posible intervención. El centro de atención estará en describir cómo llevar a

cabo aquellas intervenciones que se utilizan más frecuentemente y para las que hay apoyo empírico sobre su eficacia clínica (para una revisión véanse Penn y Mueser, 1995; Mueser y Bellack, en prensa). Se describirán las siguientes intervenciones: entrenamiento en habilidades sociales, terapia familiar conductual, entrenamiento en habilidades de afrontamiento para controlar los síntomas psicóticos y un tratamiento integrado para los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas.

La intervención cognitivo-conductual no trabaja en el vacío. Así, con el fin de que el tratamiento psicosocial sea eficaz para la esquizofrenia, se tienen que considerar los ingredientes necesarios de un tratamiento amplio (Bellack y Mueser, 1986). Los pacientes con esquizofrenia requieren un tratamiento farmacológico con medicación antipsicótica, que necesita ser vigilado continuamente durante el curso de la enfermedad. Se tiene que prestar atención a las necesidades básicas y médicas de esos pacientes. Este trastorno interfiere frecuentemente con la capacidad de los pacientes para reconocer y buscar ayuda ante las enfermedades físicas, o para defender unas necesidades adecuadas de alojamiento, de alimentación o de cuidado de uno mismo. Finalmente, es crucial que los pacientes reciban un control individual para integrar los distintos aspectos de su programa de tratamiento y para asegurar la continuidad del cuidado a lo largo del tiempo. Si no se atienden estos elementos básicos de un programa amplio, es poco probable que las intervenciones cognitivo-conductuales tengan éxito.

IV.1. *El entrenamiento en habilidades sociales (EHS)*

Incluso con un control adecuado de la medicación, las tasas anuales de recaídas llegan a alcanzar a menudo hasta el 40%. Además, los neurolepticos no mejoran las habilidades sociales necesarias para la vida en comunidad. Los déficit en habilidades sociales reflejan las influencias conjuntas de: los síntomas que dificultan las habilidades, la historia inadecuada de aprendizaje antes de la aparición del trastorno, la falta de estimulación ambiental y la pérdida de habilidades debido a su falta de utilización (Lieberman, DeRisi y Mueser, 1989). El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) es un conjunto de técnicas, basadas en la teoría del aprendizaje social, que constituye un paquete de intervención para enseñar de forma sistemática nuevas habilidades interpersonales a los individuos. Se ha encontrado continuamente que los pacientes con esquizofrenia tienen una escasa competencia interpersonal. El EHS es una estrategia eficaz para rectificar esos problemas.

IV.1.1. La evaluación de las habilidades sociales

Las habilidades sociales se definen como el comportamiento componente específico que, en conjunto, es necesario para las interacciones sociales eficaces. Las habilidades sociales pueden dividirse en cuatro categorías amplias: habilidades no verbales, características paralingüísticas, equilibrio interactivo y contenido

verbal. Las *características no verbales* se refieren a habilidades tales como la adecuación de la expresión facial, el empleo de los gestos, de la postura y del contacto ocular, conductas que se encuentran implicadas en la comunicación del afecto y de los intercambios interpersonales. Las *características paralingüísticas* se refieren a las cualidades de la voz, incluyendo el volumen, el timbre, el tono, la velocidad del habla y las inflexiones vocales. De forma similar a las habilidades no verbales, las características paralingüísticas transmiten información crítica sobre el afecto de la persona y su implicación en la interacción. El *contenido verbal* se refiere a la elección de palabras y construcción de frases, independientemente de la manera en la que se dicen las palabras. El *equilibrio interactivo* se refiere a cómo se entrelazan las respuestas durante una interacción o a su latencia, y también a la cantidad de habla del paciente en comparación con su compañero/a de interacción. Un equilibrio interactivo deficiente, indicado por problemas como una lenta latencia de respuesta o un habla mínima, transmite a la otra persona una falta de implicación en la conversación y no es recompensante.

Hay una serie de estrategias disponibles para que el clínico evalúe déficit específicos en habilidades sociales. Es mejor ir de lo general a lo específico planteando, en primer lugar, preguntas a los pacientes, a otras personas cercanas de su entorno y a los que realizan el tratamiento. Luego, cuando se han identificado áreas problema específicas, se puede llevar a cabo una evaluación conductual más detallada. Preguntas útiles para evaluar la presencia de un deterioro del funcionamiento social incluyen:

- ¿Está solo el paciente?
- ¿Es capaz de iniciar conversaciones con los demás?
- ¿Es capaz de conseguir que los demás le respondan positivamente?
- ¿Es capaz de solucionar conflictos?
- ¿Es capaz de expresar sus sentimientos?
- ¿Desea amigos/as o relaciones más íntimas?
- ¿Está a menudo socialmente aislado?

Estas preguntas no constituyen una lista exhaustiva de todas las áreas posibles de disfunción social que necesitan evaluarse. Por ejemplo, la capacidad del paciente para negociar cuestiones de medicación con su médico, las habilidades para la entrevista laboral, o la capacidad para resistir los ofrecimientos de los demás a utilizar drogas o alcohol son otras posibles áreas que necesitan una evaluación.

Una vez que se han identificado las áreas problema, se puede llevar a cabo una evaluación más precisa de los déficit de las habilidades sociales. Existen una serie de procedimientos para evaluar la habilidad social. La estrategia más práctica es realizar evaluaciones por medio de la representación de papeles. Las *representaciones de papeles* son interacciones sociales simuladas en las que el paciente interactúa con un ayudante del terapeuta durante una situación interpersonal breve diseñada para evaluar un área específica de las habilidades sociales. Las representaciones de papeles suelen ser cortas, de tres a diez intercambios, y se construyen de modo que se parezcan a situaciones reales con las que frecuen-

temente se encuentra el paciente. A éste se le pide que muestre cómo se las arreglaría con esa situación en la vida real. Los pacientes participan en varias representaciones de papeles de cada situación problema con el fin de evaluar los déficit consistentes de las habilidades. La evaluación más fiable de la habilidad social puede conseguirse cuando dichas representaciones se graban en vídeo o en casete y luego se evalúan según los componentes de las habilidades sociales.

Se deben evaluar también las habilidades de percepción social. La percepción social y/o los elementos receptivos de la habilidad social se refieren a las habilidades implicadas en la percepción del significado de las comunicaciones interpersonales. La interacción social eficaz depende de la capacidad para darse cuenta, interpretar y responder adecuadamente a lo que a menudo constituyen sutiles señales interpersonales. Se encuentran incluidas aquí una amplia variedad de señales, desde estados afectivos no verbales hasta indicadores más complejos de las intenciones. Un prerrequisito importante es centrar la atención, es decir, el individuo tiene que ser capaz de atender a las señales complejas interpersonales de las emociones y/o de las intenciones y tiene que descodificar con precisión el significado de esas señales. Puesto que el deterioro de la atención es frecuente entre los sujetos con esquizofrenia y puede ser especialmente grave entre los pacientes con síntomas negativos, muchos de ellos requerirán un entrenamiento prolongado para que aprendan a atender a señales interpersonales relevantes. Se ha encontrado también que los esquizofrénicos sufren de un deterioro mayor en habilidades de percepción de la expresión facial, especialmente en el área de la discriminación y reconocimiento de las emociones. Sin embargo, no se ha considerado de forma adecuada la relación entre este reconocimiento y otras medidas de las habilidades sociales.

Aunque se puede llevar a cabo una evaluación detallada de los déficit de las habilidades sociales antes de aplicar al paciente el EHS, es posible también incluirle inmediatamente en el tratamiento después de identificar áreas generales de deterioro social. Tal como se revisará en la sección siguiente, el EHS implica la evaluación continua y el entrenamiento de nuevas habilidades sociales. Sin embargo, si el clínico desea evaluar de forma más rigurosa los efectos del EHS sobre la competencia interpersonal del paciente, las evaluaciones por medio de la representación de papeles antes y después del entrenamiento en habilidades proporcionará la medida más fiable.

IV.1.2. Los formatos del entrenamiento en habilidades sociales

El EHS puede llevarse a cabo en un formato individual o de grupo. Hay algunas ventajas en realizar el entrenamiento en un formato de grupo. En primer lugar, el entrenamiento en grupo es más económico, porque pueden participar varios pacientes al mismo tiempo. Segundo, el formato de grupo proporciona múltiples modelos al paciente, facilitando la adquisición de las habilidades sociales. Tercero, llevar a cabo representaciones de papeles en grupo en vez de en formato individual es más fácil porque hay más gente que puede participar en las representaciones. Cuando el entrenamiento en habilidades se realiza en grupos, es

mejor que tengan lugar dos o tres sesiones a la semana, ya que la "práctica masiva" produce un aprendizaje más rápido que la práctica espaciada en períodos de tiempo más largos.

A pesar de las ventajas del EHS en grupo, las habilidades sociales pueden enseñarse en el contexto de las sesiones de terapia individual. En estas sesiones, el entrenamiento en habilidades se combina normalmente con educación psicológica, con entrenamiento en el manejo del estrés y con la enseñanza de habilidades de afrontamiento para controlar los síntomas residuales. Como la mayoría del EHS tiene lugar en grupos, seguidamente se describen los procedimientos clínicos para llevar a cabo dicho entrenamiento.

IV.1.3. Técnicas del entrenamiento en habilidades sociales

El EHS se compone de un conjunto estandarizado de procedimientos que se resumen en el cuadro 19.1. Las sesiones del EHS empiezan estableciendo la importancia de aprender la habilidad objetivo. Esta explicación puede obtenerse de los participantes en el grupo haciéndoles preguntas clave («¿Por qué piensas que podría ser importante aprender a expresar los sentimientos negativos de forma constructiva?») y proporcionando razones adicionales. El plantear una explicación razonada de la habilidad es fundamental para motivar a los pacientes a participar de forma activa en el entrenamiento.

Después de que se ha presentado una explicación razonada, se describen los distintos pasos de la habilidad y se discuten. Las habilidades se separan en diferentes componentes con el fin de facilitar al aprendizaje gradual de las mismas a lo largo de la repetición de representaciones de papeles. El cuadro 19.2 proporciona un ejemplo de los componentes de cuatro habilidades sociales. Después de revisar los pasos de la habilidad, los entrenadores modelan ésta en una representación de papeles. El objetivo de esta demostración de la habilidad es ayudar a los participantes del grupo a comprender cómo se combinan los distintos componentes de la habilidad para producir una comunicación general eficaz. Después de que se ha modelado la habilidad, se fomenta una breve discusión sobre los pasos específicos que contribuyen a su expresión y se evalúa la eficacia general del entrenador en la representación de papeles.

Inmediatamente después de que los entrenadores han modelado una habilidad social en una representación de papeles, se hace participar a un paciente en la representación de dicha habilidad. El propósito de esta actividad es dar a los pacientes la oportunidad de practicar la habilidad que acaban de observar. Se instruye a los pacientes para que «lo hagan lo mejor que puedan al intentar utilizar esta habilidad». Al finalizar la representación de papeles, el entrenador pide retroalimentación positiva de los miembros del grupo y suministra más retroalimentación para los componentes específicos de la habilidad que se representaron bien. Luego, se proporciona retroalimentación correctora bajo la forma de sugerencias sobre cómo podría el paciente representar la habilidad de forma más eficaz la próxima vez. El esfuerzo se refuerza siempre y el entrenador procura asegurarse de que toda la retroalimentación es constructiva y específica.

CUADRO 19.1. *Esquema de una sesión de entrenamiento en habilidades sociales*

1. *Plantear una explicación razonada de la actividad*
 - Estimular razones para el aprendizaje de la habilidad en el grupo de participantes.
 - Reconocer todas las contribuciones
 - Proporcionar más razones no mencionadas por los miembros del grupo.
2. *Describir los pasos de la habilidad*
 - Descomponer la habilidad en 3 ó 4 pasos
 - Escribir los pasos en la pizarra
 - Plantear las razones para cada paso
 - Comprobar que se entiende cada paso
3. *Modelar la habilidad por medio de la representación de papeles*
 - Explicar que el entrenador va a demostrar la habilidad en una representación del papel.
 - Planificar por adelantado la representación de papeles
 - Emplear dos entrenadores para modelar la habilidad.
 - Hacer sencillo la representación de papeles.
4. *Repasar la representación de papeles con los participantes*
 - Discutir si se empleó cada paso de la habilidad en la representación de papeles
 - Pedir a los miembros del grupo que evalúen la eficacia de modelo que hizo la representación.
 - Hacer que la revisión sea breve y vaya al grano
5. *Introducir a un paciente en una representación de papeles de la misma situación*
 - Pedir al paciente que intente la habilidad con uno de los entrenadores en una representación de papeles.
 - Hacer preguntas al paciente para estar seguros de que comprende su objetivo
 - Instruir a los miembros del grupo para que observen al paciente
 - Empezar con un paciente que sea más habilidoso o que acepte salir con una alta probabilidad
6. *Proporcionar retroalimentación positiva*
 - Estimular retroalimentación positiva en los miembros del grupo sobre las habilidades del paciente
 - Alientar retroalimentación que sea específica.
 - Cortar cualquier retroalimentación negativa
 - Alabar el esfuerzo y proporcionar pistas a los miembros sobre la buena actuación.
7. *Proporcionar retroalimentación correctora*
 - Estimular sugerencias sobre cómo el paciente podría representar mejor la habilidad a próxima vez.
 - Limitar la retroalimentación a una o dos sugerencias.
 - Procurar comunicar las sugerencias de una manera positiva, de apoyo
8. *Introducir al paciente en otra representación de papeles de la misma situación*
 - Pedir que el paciente cambie una conducta en la representación de papeles.
 - Comprobar, haciendo preguntas, que el paciente comprende la sugerencia
 - Intentar trabajar con conductas que sean importantes y modificables
9. *Proporcionar más retroalimentación*
 - Centrarse primero en la conducta que se pidió al paciente que cambiara
 - Implicar al paciente en 2-4 representaciones de papeles con retroalimentación después de cada una
 - Utilizar otras estrategias de moldeamiento de la conducta para mejorar las habilidades, como el aleccionamiento, el modelar y el modelado suplementario.
 - Ser generoso, pero específico, al proporcionar retroalimentación negativa
10. *Asignar las tareas para casa*
 - Proporcionar tareas para casa con el objetivo de practicar la habilidad
 - Pedir a los miembros del grupo que identifiquen situaciones en las que podrían emplear la habilidad
 - Cuando sea posible, adaptar las tareas para casa al nivel de habilidad de cada paciente

CUADRO 19.2. *Componentes de habilidades sociales específicas**Empezar una conversación**Pasos de la habilidad*

1. Escoger el momento y el lugar adecuados.
2. Presentarse o saludar a la persona con la que quieres hablar.
3. Hablar de cosas intrascendentes (p. ej., el tiempo, deportes, etc.).
4. Determinar si la otra persona está escuchando o quiere hablar.

Expresar sentimientos negativos

1. Mirar a la persona y hablar con firmeza
2. Decir exactamente lo que hizo la persona que te molestó
3. Decirle al otro cómo te sentiste
4. Sugerir cómo podría evitar la otra persona que esto sucediera en el futuro.

Expresar sentimientos positivos

1. Escoger el momento y lugar adecuados en que puedas hablar con la otra persona en privado
2. Determinar si la otra persona parece interesada
3. Expresar afecto con un tono de voz cálido, suave.
4. Decirle a la otra persona por qué te sientes de esa manera

Compromiso y negociación

1. Expresar tu punto de vista
2. Escuchar el punto de vista de la otra persona.
3. Repetir lo que has oído.
4. Sugerir un compromiso

Después de la retroalimentación positiva y correctora, el entrenador implica al paciente en otra representación de papeles de la misma situación, pidiéndole que haga uno o dos cambios pequeños en la habilidad basados en la retroalimentación proporcionada. Es esencial que los miembros del grupo participen en al menos dos representaciones de papeles, porque es a través del proceso de la práctica, de la retroalimentación y de más práctica como tienen lugar las mejoras de la habilidad social a lo largo del tiempo. Cuando el paciente ha terminado la segunda representación de papeles, se proporciona más retroalimentación positiva y correctora, seguida por una tercera representación de papeles opcional si el paciente está dispuesto y todavía se pueden lograr mejorías. Después de que un paciente haya tenido la oportunidad de practicar la habilidad en varias representaciones de papeles, el entrenador se dirige a un segundo paciente y lo implica en una nueva representación, y así sucesivamente, hasta que todos los pacien-

tes hayan participado en esas representaciones. Al final de la sesión de entrenamiento de las habilidades sociales, el entrenador da tareas para casa a los participantes para que practiquen la habilidad por sí mismos. A veces es útil dar a los participantes hojas de tarea para casa o recordatorios de que tienen que realizar dichas tareas. Al comienzo de la sesión siguiente, se revisa el trabajo para casa y se plantean las representaciones de papeles basándose en las experiencias reales que tuvieron los participantes utilizando las habilidades o en las situaciones en las que los participantes podrían haber utilizado dichas habilidades. Normalmente se emplean de dos a cinco sesiones en el aprendizaje de una habilidad específica antes de pasar a la siguiente.

Aunque la principal estrategia para enseñar las habilidades sociales incluye el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y la representación de papeles adicional, se pueden utilizar también otros procedimientos. Por ejemplo, el aleccionamiento (*coaching*) (proporcionar ayudas verbales) y la instigación (*prompting*) (proporcionar señales con la mano) durante la representación de papeles puede ayudar a los pacientes a mejorar su actuación. El entrenamiento en percepción social no sigue una secuencia distinta de actividades, sino que se integra normalmente en el entrenamiento de las respuestas. El objetivo es entrenar al sujeto a atender e interpretar las señales interpersonales que descubren los sentimientos y los motivos de las otras personas y las variables del entorno que determinan la adecuación de distintas respuestas. Este entrenamiento se puede llevar a cabo durante las representaciones de papeles, introduciendo variaciones sutiles en la conducta del terapeuta y examinando los posibles significados de dichas variaciones. Por ejemplo, durante la representación de papeles de una conversación el terapeuta puede manifestar señales no verbales que indican falta de interés y ganas de marcharse. Después de cada representación de papeles se puede preguntar sobre las posibles interpretaciones de esa conducta y las respuestas apropiadas a la misma. Con respecto a las señales del entorno, el entrenamiento se realiza por medios didácticos. Se puede dedicar una parte de cada sesión a discutir las reglas sociales que dirigen el empleo adecuado de las habilidades bajo consideración.

Más información sobre las técnicas para enseñar y la estructura de las sesiones del EHS puede obtenerse en Liberman, DeRisi y Mueser (1989). Existe una amplia variedad de áreas de la disfunción social que pueden ser el objetivo del EHS. Algunas de las áreas temáticas más frecuentes se resumen en el cuadro 19.3.

CUADRO 19.3. *Áreas objetivo del entrenamiento en habilidades sociales*

Asertividad.
Habilidades de conversación.
Control de la medicación.
Búsqueda de trabajo.
Habilidades recreativas y de ocio.
Habilidades para hacer amigos/as y quedar con alguien
Comunicación con la familia.
Solución de conflictos

Debido a que la mayor parte de los sujetos con trastornos psicóticos sufren de estados que remiten y reaparecen de forma crónica, el EHS debería estar disponible de forma continua, ya que los objetivos y las competencias de un individuo se desarrollan y cambian con el paso del tiempo. Del mismo modo que es necesaria la terapia farmacológica de mantenimiento para el control a largo plazo de los síntomas, así también el EHS debería estar disponible bajo forma de sesiones de apoyo (*booster sesiones*) o de mantenimiento.

IV.2. *Terapia familiar conductual*

Como se señalado anteriormente, las relaciones estresantes familiares pueden tener un impacto negativo sobre el curso de la esquizofrenia. Además, la esquizofrenia tiene un efecto perturbador y oneroso sobre las vidas de los familiares. Por consiguiente, los objetivos de la intervención familiar conductual consisten en reducir el estrés de todos los miembros de la familia y mejorar la capacidad de la misma para vigilar el curso de la enfermedad. Estos objetivos se logran en la terapia conductual familiar por medio de una combinación de educación, entrenamiento en comunicación y habilidades de solución de problemas. Una explicación detallada del modelo de terapia familiar conductual se describe en Mueser y Glynn (1995).

IV.2.1. *Formato*

La terapia familiar conductual se aplica a familias individuales a lo largo de períodos de tiempo prolongados, pero limitados. Las sesiones normalmente duran una hora, incluyen al paciente y a los familiares y tienen lugar sobre una base de contactos cada vez más espaciados a lo largo de seis a nueve meses (p. ej., semanalmente durante los tres primeros meses, cada dos semanas durante los seis meses siguientes, mensualmente durante los tres meses posteriores). Tiene ciertas ventajas llevarlas a cabo en casa, al menos algunas sesiones. Éstas proporcionan información válida sobre el entorno natural en el que los pacientes y los familiares viven o interactúan, y probablemente disminuirán la cancelación de citas con el terapeuta al facilitar la asistencia a las sesiones de los miembros de la familia.

Los familiares y los pacientes pueden participar en la terapia familiar conductual en cualquier fase del trastorno. Una participación temprana, por ejemplo, poco tiempo después del primer o segundo brote, puede tener la ventaja de proporcionar la información y las habilidades necesarias a los miembros de la familia antes de que se frustren y se "quemén" al intentar controlar la enfermedad. Un momento adecuado para empezar la intervención familiar es poco después de una exacerbación aguda que requiere hospitalización. Con frecuencia, los familiares y los pacientes están motivados, después de una recaída, a participar en un programa que tenga el objetivo de reducir recaídas posteriores y mejorar el funcionamiento y la independencia del paciente.

IV.2.2. La estructura de las sesiones con la familia

La terapia familiar conductual se divide en cinco etapas secuenciales, aunque cada etapa se repite una serie de veces a lo largo de la terapia: evaluación, educación, entrenamiento en habilidades de comunicación, entrenamiento en solución de problemas y problemas especiales. La cantidad de tiempo que se pasa en cada etapa de tratamiento depende tanto de las necesidades específicas de la familia como del ritmo al que adquieren las habilidades objetivo.

En la fase de *evaluación*, se llevan a cabo valoraciones de cada miembro individual de la familia así como de la familia como una unidad. En las entrevistas con cada uno de los miembros es útil obtener información con preguntas del tipo: «¿Cómo entiendes la esquizofrenia y lo que la causa?», «¿Cómo se trata esa enfermedad?», «¿Qué objetivos personales tienes?», «¿Hay otros miembros de la familia que apoyan esos objetivos?» y «¿Qué interfiere con tu capacidad para alcanzar estos objetivos?». Es esencial evaluar el conocimiento y los objetivos de cada miembro individual de la familia con el fin de asegurarse que la intervención mejorará el funcionamiento de cada uno de los miembros. En la terapia familiar conductual se supone que con el fin de disminuir eficazmente el estrés de la familia, se necesita mejorar el bienestar y la autoeficacia de cada uno de sus miembros. Normalmente, de una a dos entrevistas con cada persona antes de empezar la terapia familiar conductual es suficiente para completar las evaluaciones individuales.

Además de las evaluaciones individuales, el terapeuta observa las interacciones reales entre los miembros de la familia para evaluar sus habilidades de comunicación. Se presta especial atención a los estilos estresantes de comunicación, como alzar la voz, los menosprecios, las expresiones de culpa frecuentes y la falta de especificidad conductual. Es también útil para la familia participar en una evaluación de solución de problemas, que el terapeuta utiliza para identificar virtudes y deficiencias en la habilidad de solución de problemas del grupo familiar. Esta evaluación puede llevarse a cabo haciendo que la familia trabaje en solucionar un problema durante un período de 10-15 minutos, mientras el clínico se sienta y observa. Cuando la discusión de la solución de problemas se ha terminado, el terapeuta discute sus observaciones con la familia y pide a sus miembros que describan otros ejemplos de problemas que han tratado de resolver recientemente. Se pueden realizar evaluaciones de solución de problemas rutinarias cada 3-4 meses para evaluar el progreso en el aprendizaje de habilidades de solución de problemas que están como objetivos.

IV.2.3. La educación

Normalmente se llevan a cabo 3-4 sesiones educativas. Estas sesiones cubren generalmente información sobre el trastorno psiquiátrico, la medicación y el modelo de vulnerabilidad-estrés de la esquizofrenia. Las sesiones educativas son más eficaces cuando se enseñan por medio de un estilo muy interactivo, estimu-

lando la expresión de las experiencias del paciente y de sus familiares, haciendo preguntas frecuentemente para comprobar que se ha entendido y evitando el enfrentamiento o el conflicto siempre que sea posible. Se pueden utilizar carteles, folletos y libros (p. ej., Mueser y Gingerich, 1994) para facilitar la comunicación de la información sobre el trastorno psiquiátrico a los miembros de la familia.

La educación sobre la esquizofrenia incluye información sobre cómo se llega a un diagnóstico, los síntomas característicos, los mitos frecuentes, y el curso y los resultados. Las sesiones que se centran en la medicación discuten los efectos principales de la misma para disminuir los síntomas y prevenir las recaídas, los nombres de los medicamentos utilizados con frecuencia, las dosis, los efectos secundarios de la medicación psicotrópica y las estrategias para vérselas con los problemas frecuentes de esta medicación. La educación sobre el modelo de vulnerabilidad-estrés se centra en ayudar a las familias a comprender cómo el control del estrés, la medicación, la disminución del abuso de sustancias psicoactivas y el aumento de las habilidades de afrontamiento pueden mejorar el curso a largo plazo de la esquizofrenia. Al final de las sesiones educativas, los miembros de la familia desarrollan un plan para la prevención de recaídas con el fin de responder a las primeras señales de aviso de dichas recaídas.

IV.2.4. El entrenamiento en habilidades de comunicación

Una vez descrito el material educativo básico sobre el trastorno, las sesiones se dedican al entrenamiento en habilidades de comunicación. Éstas se enseñan enfatizando el empleo de expresiones en primera persona, produciéndose manifestaciones verbales claras de los sentimientos y haciendo referencias a conductas específicas. Debido a los deterioros cognitivos característicos de la esquizofrenia, se insiste en la importancia de hacer la comunicación breve y directa al grano. Habitualmente se enseñan hasta seis diferentes habilidades de comunicación a lo largo de 4-8 sesiones, incluyendo: la expresión de sentimientos positivos, la expresión de sentimientos negativos, hacer peticiones positivas, la escucha activa, el compromiso y la negociación, y el solicitar un "tiempo fuera". Lo mismo que en el entrenamiento en habilidades sociales, cada habilidad se descompone en varios pasos que son el centro del entrenamiento.

Los procedimientos utilizados para el entrenamiento en habilidades de comunicación son los mismos que los descritos anteriormente en la sección sobre las habilidades sociales. Los miembros de la familia ensayan las habilidades objetivo por medio de representaciones de papeles, a las que les sigue la retroalimentación y más representaciones de papeles. Al final de la sesión, se asigna a los miembros de la familia tareas para casa con el fin de que practiquen las habilidades por sí mismos, algo que se repasa en la sesión siguiente.

El objetivo del entrenamiento en habilidades de comunicación consiste en disminuir las interacciones tensas y negativas entre los miembros de la familia, sustituyéndolas por habilidades sociales constructivas y más específicas conductualmente. Los terapeutas no deberían pasar a la siguiente fase del entrenamien-

to en solución de problemas hasta que los miembros de la familia demuestren alguna mejora de la competencia. Una suposición básica de la terapia familiar conductual es que las familias no serán capaces de participar en una satisfactoria solución de problemas si son incapaces de discutir los problemas con un afecto negativo mínimo.

IV.2.5. El entrenamiento en solución de problemas

En la mayoría de las familias, especialmente cuando el paciente vive en casa, se necesita dedicar más sesiones al entrenamiento de las habilidades de solución de problemas que a cualquier otra fase de la terapia familiar conductual. Normalmente se dedican de 5 a 15 sesiones al entrenamiento en solución de problemas, pero incluso se pueden dedicar más sesiones si la duración del trabajo con la familia se prolonga (p. ej., más de dos años). El objetivo principal de dicho entrenamiento consiste en enseñar a la familia las habilidades necesarias para resolver los problemas y alcanzar los objetivos sin la ayuda del terapeuta. La meta de este plan es reducir la dependencia del terapeuta y preparar a la familia para el final de la terapia.

El entrenamiento en solución de problemas implica enseñar a los miembros de la familia a seguir una secuencia de pasos básica y conductual, resumidos en el cuadro 19.4. Se enseña a los miembros a elegir un jefe que dirige a la familia a través de los distintos pasos de la solución de problemas. Se puede elegir también un/a secretario/a cuya responsabilidad consiste en registrar las decisiones alcanzadas en cada paso de la solución de problemas. Se estimula a los miembros de la familia a que establezcan una reunión semanal, en donde se puede discutir sobre los problemas y vérselas con ellos, y donde se puede repasar el progreso hecho con problemas anteriores. Los registros de la solución de problemas se guardan en un cuaderno familiar, que se coloca en un lugar accesible a todos los miembros de la familia.

CUADRO 19.4. *Pasos de la solución de problemas*

1. Definir el problema a la satisfacción de todos
2. Generar una lista de posibles soluciones al problema.
3. Evaluar las ventajas y desventajas de cada solución.
4. Escoger una "mejor" solución o una combinación de soluciones
5. Formular un plan para llevar a cabo la solución seleccionada.
6. Repasar en un momento posterior los progresos realizados para solucionar el problema y llevar a cabo más solución de problemas si es necesario.

En el inicio del entrenamiento en solución de problemas, el terapeuta representa el papel de jefe y conduce a toda la familia a través de los pasos de la solución de problemas, explicando el propósito de cada paso a lo largo del proceso. Después de que los miembros de la familia conocen la secuencia de la solución de problemas, asumen los papeles del jefe y el/la secretario/a, mientras el terapeuta

peuta se mete en su papel de entrenador, en vez de ser un participante activo en la solución de problemas. En un principio se seleccionan temas fáciles, con poca carga afectiva, para el entrenamiento en solución de problemas, con el fin de afianzar la competencia de la familia para resolverlos. Gradualmente, con el paso del tiempo, se abordan problemas más difíciles cuando las habilidades de la familia están lo suficientemente desarrolladas. El progreso en la solución de problemas se vigila de forma habitual por medio de evaluaciones de la solución de problemas, tal como se ha descrito anteriormente.

Se puede abordar una amplia variedad de problemas y objetivos en esta fase de tratamiento. Por ejemplo, las tareas domésticas, el tratar con síntomas molestos, el buscar un trabajo y el planificar unas vacaciones constituyen problemas u objetivos que se pueden resolver o alcanzar por medio de la solución de problemas. Algunas familias no necesitan de más intervención una vez que se ha terminado esta fase de tratamiento. Sin embargo, otras familias pueden enfrentarse a dificultades que no han respondido al enfoque de solución de problemas. Para esas familias, puede ser adecuada la última fase de la terapia familiar conductual.

IV.2.6. Problemas especiales

En esta fase final del tratamiento, el terapeuta puede emplear una amplia variedad de estrategias para ayudar a las familias a afrontar problemas persistentes. Los terapeutas cognitivo-conductuales poseen habilidades clínicas específicas para vérselas con las dificultades que las familias son incapaces de resolver por medio de la solución de problemas. El terapeuta aplica sus habilidades para abordar estos obstáculos y siempre que sea posible enseña a los miembros de la familia a llevar a cabo y registrar las estrategias básicas. Ejemplos de problemas especiales que pueden abordarse en esta fase incluyen el establecimiento de una economía de fichas en casa para mejorar la higiene del paciente, el enseñar estrategias de relajación para reducir la tensión, el contrato conductual para la conducta suicida, el entrenamiento de padres para los problemas de educación de los hijos y programas de acontecimientos agradables para la depresión.

IV.3. *Habilidades de afrontamiento para los síntomas psicóticos residuales*

Del 25 al 40%, aproximadamente, de los pacientes con esquizofrenia experimentan síntomas psicóticos residuales crónicos entre episodios de su trastorno. A pesar del tratamiento farmacológico óptimo, para algunos pacientes son inevitables los síntomas psicóticos. Estos síntomas están asociados frecuentemente a altos niveles de malestar, incluyendo la depresión, el suicidio, la ira y la ansiedad. Aunque antes se creía que se podía hacer poco para ayudar a estos pacientes, avances recientes en el tratamiento cognitivo-conductual han encontrado que los pacientes pueden aprender estrategias de afrontamiento para vérselas de modo más eficaz con estos síntomas problemáticos.

Los estudios sobre cómo responden realmente los pacientes a los síntomas psicóticos indican que un elevado porcentaje informa sobre la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento. El empleo de distintas estrategias, así como el número total de estrategias empleadas, se relaciona con niveles más bajos de malestar por la presencia de síntomas psicóticos. El objetivo de enseñar habilidades de afrontamiento es ampliar el repertorio de habilidades que poseen los pacientes, mejorando, por consiguiente, la autoeficacia y disminuyendo el malestar. El criterio principal que hace que los pacientes se beneficien al aprender estrategias para afrontar sus síntomas psicóticos es la motivación y la disposición a aprender esas estrategias. Por consiguiente, los pacientes que experimentan poco malestar por sus síntomas psicóticos o que no tienen ganas de trabajar en estos síntomas, son malos candidatos para este entrenamiento.

El proceso general de enseñanza de habilidades de afrontamiento implica llevar a cabo un cuidadoso análisis conductual de los síntomas problemáticos, a lo que le sigue la enseñanza sistemática de estrategias de afrontamiento por medio del empleo de la instrucción, la práctica y las tareas para casa. Más detalles sobre el entrenamiento de las habilidades de afrontamiento pueden encontrarse en Tarrier (1992). Los principios de este procedimiento se resumen seguidamente.

IV.3.1. Describir y llevar a cabo un análisis funcional del síntoma psicótico

En primer lugar, el síntoma específico que se ha de abordar se describe de modo tan concreto como sea posible, incluyendo la forma, la frecuencia de su ocurrencia, la duración y la intensidad. Aunque el paciente puede sufrir varios síntomas psicóticos persistentes, sólo se aborda un síntoma cada vez al enseñar las habilidades de afrontamiento. Es mejor empezar trabajando con un síntoma que ocurra frecuentemente y esté asociado con un elevado nivel de malestar.

Después de describir el síntoma problemático, se explora la información relativa a los antecedentes del síntoma, las reacciones del paciente al mismo y las consecuencias de dicho síntoma. El propósito de este análisis consiste en identificar las situaciones en las que es más probable que ocurran los síntomas, el nivel de malestar asociado con ellos y las posibles consecuencias de los mismos, incluyendo tanto las positivas como las negativas. La información sobre los antecedentes y las consecuencias de los síntomas psicóticos persistentes se obtienen generalmente del paciente, aunque pueden ser útiles también otros informadores (p. ej., miembros de la familia).

IV.3.2. Evaluar los esfuerzos actuales de afrontamiento

Cuando ha finalizado el análisis funcional del síntoma psicótico, se identifican las estrategias de afrontamiento específicas que ha empleado el paciente. La mayoría de los sujetos ha intentado una serie de diferentes métodos de afrontamiento, algunos de los cuales han tenido más éxito que otros en la reducción del

estrés asociado con el síntoma. Para cada estrategia de afrontamiento, el terapeuta obtiene una descripción detallada de la estrategia específica, de la frecuencia con la que se ha utilizado y de su eficacia en la disminución del malestar asociado con el síntoma. Se exploran también los obstáculos al empleo de estrategias de afrontamiento concretas. Por ejemplo, se puede encontrar que un paciente, para el que la iniciación de interacciones sociales disminuye la gravedad de las alucinaciones auditivas, está a menudo socialmente aislado y carece de oportunidades para iniciar conversaciones con los demás.

IV.3.3. Seleccionar y ensayar una estrategia de afrontamiento en la sesión

Después de revisar los esfuerzos de afrontamiento del paciente, se selecciona una estrategia con la que empezar a trabajar. La estrategia elegida puede ser una que el paciente haya utilizado anteriormente y con éxito, pero que actualmente emplea con poca frecuencia. Alternativamente, la estrategia seleccionada puede ser una nueva que se sabe que va a ser útil.

Las estrategias de afrontamiento se incluyen en tres amplias categorías: métodos cognitivos, conducta de cambio y modificación de los estímulos sensoriales que llegan. Ejemplos de estrategias cognitivas incluyen el habla positiva con uno mismo, la desviación de la atención (p. ej., construir un *puzzle*), ignorar y centrar la atención en el síntoma. Ejemplos de estrategias conductuales incluyen iniciar conversaciones, dar un paseo y jugar con alguien a un juego. Ejemplos de estrategias para la entrada de los estímulos sensoriales incluyen relajación, escuchar música, y tararear y cantar encubiertamente una canción.

Después de que se ha seleccionado una estrategia de afrontamiento, se ensaya en la sesión. Se pueden practicar estrategias cognitivas de afrontamiento demostrando, primero, la estrategia al paciente en voz alta, haciendo que éste practique la estrategia, en segundo lugar, y, tercero, haciendo que el paciente la practique de forma encubierta. Después de que se ha seleccionado una estrategia de afrontamiento para ser ensayada, se hacen planes para que el paciente practique la habilidad en situaciones específicas en las que es probable que experimente el síntoma considerado. Se diseña una hoja de evaluación de las tareas para casa que incluya información sobre la situación en la que ocurrió el síntoma, el empleo por parte del paciente de la estrategia de afrontamiento y la eficacia de la estrategia para reducir el malestar y la gravedad del síntoma.

IV.3.4. Seguimiento de las tareas para casa

Durante la siguiente sesión, el terapeuta repasa las tareas para casa del paciente y alaba los esfuerzos e intentos de solución de problemas que ha empleado para superar los obstáculos presentados a la hora de llevar a cabo la estrategia de afrontamiento. La eficacia de estas estrategias aumenta normalmente con la práctica y la familiaridad. Por consiguiente, se necesita estimular a los pacientes para que continúen practicando una estrategia de afrontamiento específica, in-

cluso cuando los primeros esfuerzos han producido beneficios aparentemente mínimos. Si, después de varias semanas de intentar una estrategia de afrontamiento, se observa una mejoría escasa, el terapeuta tiene que explorar con el paciente una estrategia de afrontamiento alternativa. Si ensayos repetidos de diferentes estrategias no consiguen reducir el malestar o la gravedad del síntoma, a pesar de los esfuerzos conjuntos para llevar a cabo dichas estrategias, se debería considerar el intentar limitar o redefinir el síntoma objeto o pasar a un síntoma problemático diferente. Por ejemplo, si los intentos repetidos para afrontar las alucinaciones auditivas no han tenido éxito, el terapeuta podría trabajar con el paciente en el objetivo de reducir el malestar asociado con sólo aquellas alucinaciones auditivas que son esencialmente de menosprecio.

IV.3.5. El desarrollo de una segunda estrategia de afrontamiento para el síntoma

Un hallazgo consistente en los estudios de afrontamiento con síntomas crónicos ha sido que el número de estrategias de afrontamiento empleadas está relacionado con menores niveles de malestar asociados a estos síntomas. Por consiguiente, después de enseñar con éxito una estrategia de afrontamiento para un síntoma particular, el terapeuta ayuda al paciente a desarrollar al menos una estrategia de afrontamiento más para el mismo síntoma. Puede ser útil desarrollar una segunda estrategia que emplee una modalidad diferente de afrontamiento comparada con la primera estrategia. Por ejemplo, si se seleccionó y entrenó primero una estrategia cognitiva de afrontamiento, entonces se puede seleccionar otra estrategia de las modalidades conductual o sensorial. Esto optimiza la variedad de estrategias de afrontamiento enviadas a tratar con un síntoma psicótico persistente. Después de que se han desarrollado al menos dos estrategias de afrontamiento para controlar un síntoma, se lleva a cabo una evaluación para determinar si se necesita mejorar el afrontamiento de un segundo síntoma.

IV.4. Tratamiento del abuso de sustancias psicoactivas

Los estudios epidemiológicos indican que la prevalencia del abuso de sustancias psicoactivas en pacientes con esquizofrenia es bastante superior a la población general (Regier *et al.*, 1990; Mueser, Bennett y Kushner, 1995). El abuso de sustancias psicoactivas puede poner en peligro los efectos de la medicación antipsicótica y provocar el rebrote de los síntomas y la hospitalización. Debido a la elevada prevalencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes con esquizofrenia y los efectos clínicos negativos de ese exceso, es necesario que el terapeuta mantenga un buen indicador del abuso de estas sustancias cuando trabaje con pacientes esquizofrénicos y que intente abordar los problemas cuando surjan.

No existe un único método que sea mejor para evaluar la presencia de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Los pacientes a menudo nie-

gan ese abuso de sustancias, bien debido a las sanciones asociadas a dicho abuso o bien a la negación de los efectos negativos del consumo de alcohol y de drogas. En ausencia de una estrategia de evaluación que sea "mejor", los terapeutas deberían intentar recoger información sobre el abuso de sustancias a partir de una serie de informadores. Las fuentes de información más válidas suelen ser los autoinformes de los pacientes, los informes de los clínicos que trabajan con ellos y otras personas importantes de su entorno. El examinar la orina y la sangre para detectar el consumo de sustancias psicoactivas, ayuda al terapeuta a identificar un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas.

Cuando se ha descubierto el abuso de sustancias, la intervención clínica necesita guiarse entendiendo que la recuperación de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas progresa a lo largo de una serie de etapas (Drake *et al.*, 1993). El identificar la etapa de tratamiento de un paciente es el primer paso para seleccionar intervenciones clínicas diseñadas para ayudar al individuo a progresar a la siguiente etapa de la recuperación. La falta de emparejamiento entre el tratamiento y la etapa de recuperación puede tener como consecuencia una intervención poco eficaz, que en algunos casos puede empeorar el abuso de sustancias del paciente.

Seguidamente se describen etapas específicas de recuperación para un trastorno por abuso de sustancias psicoactivas. En cada etapa de recuperación, el primer objetivo de tratamiento consiste en ayudar al paciente a pasar a la siguiente etapa.

IV.4.1. Compromiso

En esta etapa de recuperación, el paciente está consumiendo activamente drogas o alcohol y no se encuentra implicado en una relación de ayuda con un profesional de la salud mental. Antes de que se puedan realizar intentos para cambiar la conducta de consumo de sustancias, se tiene primero que establecer una relación con el terapeuta. Por consiguiente, el objetivo de la etapa de compromiso consiste en implicar al paciente en una relación con el clínico. Naturalmente, el centro de atención de esta relación no es reducir la conducta de consumo de sustancias en esta etapa de tratamiento.

Con el fin de establecer una relación con un paciente, los terapeutas tienen a menudo que hacer un trabajo asertivo en lugares de la comunidad como sus casas, los restaurantes o los parques. Ayudar a los sujetos a evitar las crisis o a manejar una crisis aguda, sirve a menudo como una base inicial para la relación terapéutica. El objetivo principal del clínico consiste en mostrar al paciente que puede serle útil y, al proporcionar esa ayuda, se siembran las semillas de una relación terapéutica.

IV.4.2. Persuasión

Una vez que se ha establecido la relación terapéutica, los objetivos del clínico son dos: persuadir al paciente de que abusar de sustancias psicoactivas constituye un problema y trabajar para reducir este abuso. Negar las consecuencias ne-

gativas del exceso de sustancias es una característica común de los trastornos por consumo de sustancias. Por consiguiente, el proceso de persuasión es también una parte integral del tratamiento.

Se puede emplear un amplio rango de diferentes técnicas educativas y cognitivo-conductuales en la etapa de persuasión. Se evita el enfrentamiento, pero es importante la persistencia. Se proporciona educación sobre los efectos del consumo de sustancias sobre los síntomas de la esquizofrenia, como el hecho de que su abuso puede provocar recaídas y rehospitalizaciones. Además de la educación, pueden ser útiles técnicas motivacionales de entrevista (Miller y Rollnick, 1991) para persuadir a los pacientes a que aborden su conducta de consumo de sustancias.

La entrevista motivacional se refiere a estrategias para ayudar a los pacientes a entender la discrepancia entre sus objetivos personales y el consumo de drogas y alcohol. Las habilidades de escucha empática, el tratar de comprender las percepciones del sujeto, el vérselas con la resistencia y el explorar los objetivos personales a largo plazo, juegan un importante papel para ayudar a los pacientes a considerar los efectos de su conducta de consumo de sustancias.

Aunque el objetivo principal de la etapa de persuasión es animar al individuo a empezar a trabajar para reducir el consumo de sustancias, es importante también establecer una alianza de trabajo con otros miembros de la red social del sujeto. Los familiares del paciente con un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y esquizofrenia a menudo no reconocen los efectos negativos del abuso de sustancias. Establecer una relación de trabajo con los miembros de la familia permite al clínico empezar a abordar aspectos de dicho abuso que pueden contribuir a la conducta del paciente.

IV.4.3. Tratamiento activo

El tratamiento activo se refiere a la etapa en la que los sujetos aceptan el objetivo de reducir su consumo de sustancias o de llegar a la abstinencia total de las drogas o del alcohol. Se pueden emplear muchas estrategias cognitivo-conductuales diferentes para ayudarles a reducir el consumo de sustancias. Algunas tratan de disminuir directamente dicho consumo, mientras que otras abordan factores que contribuyen al mismo.

Existen tres factores de motivación que contribuyen a la vulnerabilidad de los pacientes con esquizofrenia al abuso de sustancias. En primer lugar, pueden consumir sustancias psicoactivas en un esfuerzo de automedicarse los síntomas molestos. En segundo lugar, el abuso de sustancias puede tener lugar en un contexto social, satisfaciendo así las necesidades de contacto y aceptación social. En tercer lugar, el consumo de sustancias puede ser una forma cómoda de buscar placer. Se puede descubrir el papel de los diferentes factores motivacionales por medio de entrevistas con el paciente y otras personas significativas de su entorno. La identificación de los factores motivantes lleva a intervenciones específicas para reducir el abuso de sustancias psicoactivas.

El abuso de sustancias que es secundario a la automedicación de los síntomas se puede reducir si se desarrollan estrategias de afrontamiento alternativas

para el control de los síntomas problemáticos. Por ejemplo, a un paciente que bebe en exceso debido a alucinaciones auditivas persistentes se le podrían enseñar estrategias para afrontar con más eficacia estas alucinaciones. Los motivos sociales del abuso de sustancias psicoactivas pueden abordarse por medio del entrenamiento en habilidades sociales, en el que se enseña a los pacientes los rudimentos para establecer y profundizar las relaciones con iguales que no abusan de esas sustancias. Finalmente, el abuso de sustancias que tiene lugar como una forma de búsqueda de placer puede reducirse enseñando a los pacientes habilidades alternativas o haciendo que participen en actividades recreativas y de ocio.

IV.4.4. Prevención de las recaídas

El entrenamiento en prevención de las recaídas es esa etapa de recuperación de un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas en la que el individuo ha conseguido la abstinencia y el esfuerzo se dirige a reducir la vulnerabilidad a las recaídas de dicho abuso. Los individuos con un trastorno por consumo de sustancias, principal o comórbido, fluctúan frecuentemente entre diferentes etapas de recuperación a lo largo del curso de su trastorno. Por consiguiente, es frecuente que los individuos abandonen el consumo de sustancias y lleguen a la abstinencia, pero siguen siendo vulnerables a las recaídas. El objetivo de la etapa de prevención de las recaídas consiste en apoyar los habilidades del paciente para evitarlas.

Uno de los componentes más importantes de la prevención de recaídas es ayudar a los pacientes a mantener un elevado nivel de darse cuenta de su vulnerabilidad a las recaídas por consumo de sustancias. Después de un período de abstinencia con éxito, muchos pacientes se sienten cada vez más seguros de que ahora serán capaces de manejar un consumo moderado de alcohol o de drogas. Sin embargo, abundantes investigaciones indican que los pacientes con esquizofrenia tienen una extraordinaria dificultad en consumir cantidades moderadas de drogas o alcohol. Por consiguiente, el ayudar a los pacientes a mantener una conciencia de que son vulnerables a las recaídas de su trastorno por consumo de sustancias constituye un elemento importante de la prevención de recaídas.

Además de mantener un elevado nivel de conciencia de su vulnerabilidad, se puede emplear un amplio rango de otras estrategias clínicas para facilitar la prevención de las recaídas. Un plan de prevención de recaídas debería incluir información sobre aquellas situaciones asociadas con las recaídas en el pasado, sobre los primeros indicios de una recaída y un plan específico para responder a esas señales de aviso. Este plan es similar al que se plantea para responder a las recaídas de los síntomas psicóticos y sirve al propósito principal de anticipar las situaciones estresantes y formular un plan para responder a esas situaciones.

Aparte de mantener la conciencia y desarrollar un plan de prevención de las recaídas, es esencial, en esta etapa de tratamiento, que los esfuerzos se centren en alcanzar los objetivos interpersonales y desarrollar las competencias que mejorarán la calidad de vida de los pacientes y disminuirán su susceptibilidad al abuso de sustancias psicoactivas. Por ejemplo, la mejora de las habilidades inter-

personales, la capacidad para controlar el estrés, las habilidades para el ocio y las actividades recreativas, y la salud y la forma física pueden ayudar a los pacientes a sentirse mejor consigo mismos y menos dispuestos a acudir al consumo de alcohol y de drogas. De este modo, la ausencia de una prevención eficaz de las recaídas implica abordar factores relacionados con la vulnerabilidad al consumo de sustancias psicoactivas, en vez de la misma conducta de consumo de sustancias.

V. CONCLUSIONES

La esquizofrenia es un trastorno grave y debilitante. A pesar de las múltiples desventajas asociadas a este desorden, las intervenciones cognitivo-conductuales parecen tener un impacto significativo, beneficioso, sobre el curso del trastorno y la calidad de vida de los pacientes. Un amplio rango de estrategias cognitivo-conductuales pueden ser útiles en el tratamiento de la esquizofrenia. Entre estas estrategias destaca el entrenamiento en habilidades sociales, la terapia familiar conductual, el entrenamiento en el afrontamiento de los síntomas psicóticos y un tratamiento por etapas del trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Por medio de los esfuerzos de colaboración de los terapeutas, pacientes y familiares, hay buenas razones para ser optimistas sobre la capacidad para controlar con éxito esta enfermedad mental crónica.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4ª edición (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Bellack, A. S. y Mueser, K. T. (1986). A comprehensive treatment program for schizophrenia and chronic mental illness. *Community Mental Health Journal*, 22, 175-189.
- Drake, R. E., Bartels, S. B., Teague, G. B., Noordsy, D. L. y Clark, R. E. (1993). Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 606-611.
- Lieberman, R. P., DeRisi, W. J. y Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Needham Heights, Ma: Allyn and Bacon.
- Miller, W. R. y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*. Nueva York: Guilford.
- Mueser, K. T. y Bellack, A. S. (en prensa). Psychotherapy for schizophrenia. En S. R. Hirsch y D. Weinberger (dirs.), *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell.
- Mueser, K. T., Bennett, M. y Kushner, M. G. (1995). Epidemiology of substance use disorders among persons with chronic mental illnesses. En A. F. Lehman y L. Dixon (dirs.), *Double jeopardy: chronic mental illness and substance abuse*. Nueva York: Harwood.

- Mueser, K. T. y Gingerich, S. L. (1994). *Coping with schizophrenia: A guide for families*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Mueser, K. T. y Glynn, S. M. (1995). *Behavioral family therapy for psychiatric disorders*. Needham Heights, Ma: Allyn and Bacon.
- Penn, D. L. y Mueser, K. T. (1995). Cognitive-behavioral treatment of schizophrenia. *Psicología Conductual*, 3, 5-34.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rac, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. y Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. En M. Birchwood y N. Tarrier (dirs.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Londres: Wiley.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Bellack, A. S. (dir.) (1989). *A clinical guide for the treatment of schizophrenia*. Nueva York: Plenum.
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel. (Orig.: 1992).
- Lieberman, R. P., DeRisi, W. J. y Mueser, K. T. (1989). *Social skills training for psychiatric patients*. Needham Heights, Ma: Allyn and Bacon.
- Mueser, K. T. y Gingerich, S. L. (1994). *Coping with schizophrenia: A guide for families*. Oakland, Ca: New Harbinger.
- Mueser, K. T. y Glynn, S. M. (1995). *Behavioral family therapy for psychiatric disorders*. Needham Heights, Ma: Allyn and Bacon.
- Rebolledo, S. (1993). El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental. *Boletín de la Asociación Galega de Saude Mental* (Monográfico nº 5).

20. PSICOEDUCACIÓN PARA PERSONAS VULNERABLES A LA ESQUIZOFRENIA

SERGIO REBOLLEDO y MARÍA JOSÉ LOBATO

I. INTRODUCCIÓN

Existe un considerable desarrollo de los enfoques psicoeducativos dirigidos a familiares de personas que padecen trastornos esquizofrénicos e incluso para familiares de personas con otros trastornos mentales o somáticos. Pero, en comparación, son muy pocos los programas psicoeducativos dirigidos a la propia persona afectada.

Este trabajo pretende mostrar un modelo de psicoeducación para personas afectadas por esquizofrenia que hemos ido construyendo a partir de ideas de otros clínicos e investigadores pero también de la propia experiencia profesional, tanto en hospitales psiquiátricos como en dispositivos de rehabilitación comunitarios.

El programa de psicoeducación que presentamos está altamente estructurado. Por tanto puede ser fácilmente enseñado a otros profesionales, titulados medios y superiores. Consta de dos grandes líneas de desarrollo: una de educación para la salud y otra que promueve el desarrollo emocional y afectivo. Ha sido diseñado para ser aplicado a lo largo de todo un curso, de octubre a junio, dividido en tres trimestres. Para cada trimestre se programan de 20 a 30 sesiones, con una frecuencia de 4 por semana, alternándose las sesiones dedicadas a la educación para la salud con las del desarrollo emocional. Cada trimestre se encuentra organizado alrededor de un objetivo global común: el primero es la *conciencia corporal* y el *autocuidado*; el segundo, la *conciencia de vulnerabilidad* y la *autoestima*; y el tercero, la *adherencia al tratamiento* y el *autocontrol*.

II EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS VIVENCIAS ESQUIZOFRÉNICAS COMO FUNDAMENTO DE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA

La conocida distinción entre síntomas positivos y negativos (Andreasen, 1982; Crow *et al.*, 1982; Marneros, Andreasen y Tsuang, 1991) ofrece una gran claridad a la hora de identificar la psicopatología de los trastornos esquizofrénicos. Pero ahora lo que nos interesa es aclarar el impacto que los síntomas tienen sobre la persona afectada, ya que es fundamental preservar el concepto de persona

ante la invasión de los síntomas y educarla en la identificación y afrontamiento de éstos.

La desconcertante y muchas veces terrible experiencia de experimentar alucinaciones, robo del pensamiento o elaborar explicaciones que no son consideradas por los demás como válidas, menoscaba el psiquismo del afectado y puede ser un mecanismo de automantenimiento de los síntomas o ser fuente de nueva sintomatología. Fowler, Garety y Kuipers (1995) señalan algunas de las consecuencias que la experiencia psicótica puede tener para el afectado:

a. El paciente puede llegar a creer que es extremadamente vulnerable a ser herido. Esta creencia estaría asociada con vivencias delirantes o alucinatorias de que otros pueden dañarle o herirle.

b. La creencia de que en cualquier momento puede perder el control de sí mismo y torturarse con la idea de que «se está volviendo loco». Esto nacería de experiencias de ser controlado por fuerzas externas o sensaciones de no controlar sus propias acciones. O a veces del miedo a volverse loco o a perder definitivamente su autocontrol en la experiencia psicótica.

c. La creencia de que está condenado al aislamiento social. Esta vivencia puede nacer de experiencias reales de rechazo social o descalificación de otros cuando se conoce su condición de persona sometida a tratamiento psiquiátrico.

d. El propio afectado puede llegar a internalizar la creencia de que sus síntomas y discapacidades obedecen a defectos tan fundamentales que necesariamente está degradado ante los demás. A veces confluye aquí una valoración moral de los problemas de la enfermedad mental, como si ésta se debiera a una falta de fibra moral, de valores o a un castigo divino. En casos extremos esta vivencia puede traducirse en una percepción delirante de la propia identidad.

e. La persona afectada puede llegar a construir una imagen delirante de sí mismo. Son los casos en los que se considera las ganancias del delirio (Scharfetter, 1979).

Es fundamental a la hora de estudiar la psicopatología, entender el impacto y las consecuencias sobre el afectado. Mucho tenemos que aprender acerca de cómo personas inteligentes y con habilidades logran afrontar, a veces con éxito, la vivencia psicótica. Ese conocimiento aumenta sin duda nuestra capacidad terapéutica y psicoeducadora. Breier y Strauss (1983) observaron tres fases en el proceso espontáneo de autorregulación que se daría en algunas personas afectadas por esquizofrenia: en una primera fase, las personas son conscientes de la existencia de un comportamiento psicótico o prepsicótico y aprenden a señalarlo a sí mismas. En un segundo paso, son capaces de identificar este comportamiento como una señal de desadaptación o trastorno, constituyendo una fase de autoevaluación. Y en una tercera fase, los sujetos son capaces de desarrollar estrategias de autocontrol, algunos mediante autoinstrucciones, otros reduciendo su nivel de actividad, implicándose en otro tipo de comportamiento o modificando su ambiente. En este proceso de tres fases sería fundamental que el sujeto discriminase situaciones, afectos y sensaciones prodrómicas que le permitirían encadenar los procesos de autoobservación, autoevaluación y autocontrol.

Actualmente la investigación nos está ofreciendo nuevas herramientas cognitivo-conductuales para ayudar a las personas afectadas de esquizofrenia a afrontar sus síntomas. En este contexto, *afrontamiento* se entiende como el empleo de recursos cognitivos y conductuales para controlar o dominar los síntomas o para reducir al mínimo la ansiedad causada por ellos (Birchwood y Tarrrier, 1995). Estos autores proponen cuatro estrategias susceptibles de enseñarse a personas afectadas:

- 1 Estrategias cognitivas
 - a. Desviación de la atención
 - b. Restricción de la atención
 - c. Aserividad
- 2 Estrategias conductuales
 - a. Aumentar los niveles de actividad
 - b. Aumentar la actividad social
 - c. Reducir la actividad social
 - d. Comprobar la realidad
- 3 Estrategias sensoriales
- 4 Estrategias fisiológicas

Fowler, Garety y Kuipers (1995) complementan este repertorio de técnicas con un elemento que en nuestro programa psicoeducativo hace ya un tiempo que utilizamos: el desarrollo de un nuevo modelo de psicosis conjuntamente con la persona afectada. El planteamiento de dicho modelo puede dividirse en diversos elementos:

- a. Identificación de las experiencias anómalas (alucinaciones, trastornos del pensamiento) y creencias delirantes.
- b. Clarificación de las creencias personales que se han elaborado sobre estas experiencias (que pueden ser o no delirantes).
- c. Exploración de estas creencias particulares con relación a un modelo de enfermedad o acerca de lo que le ocurre.
- d. Evaluación de las emociones, autoestima y aspectos del funcionamiento cognitivo para comenzar después la elaboración del modelo de enfermedad.

En el programa psicoeducativo que se describe aquí, el modelo se basará en la hipótesis de la vulnerabilidad (Birchwood, Hallet y Preston, 1988; Ciompi, 1988; Kay, 1986; Liberman, 1986; Murray y Reveley, 1986; Neufeld, 1984; Sánchez y Ruiz-Vargas, 1987; Straube y Hahlweg, 1990; Watt, 1982; Zubin, 1980; Zubin y Spring, 1977; Zubin y Steinhauer, 1981; Zubin, Magaziner y Steinhauer, 1983), con el objetivo de que la persona afectada asuma sus rasgos de vulnerabilidad a presentar crisis esquizofrénicas, junto a una imagen de sí misma realista

y positiva. El paciente ha de evitar alternativas tales como asumir un papel de enfermo, y por tanto inútil y discapacitado, o un rol de rechazo frontal a padecer cualquier trastorno, y por tanto un estilo de vida de alto riesgo, con escasa adherencia al tratamiento.

III. CONCEPTO DE PSICOEDUCACIÓN

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema. Se intenta que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y de su núcleo familiar.

Algunos de los objetivos de la intervención psicoeducativa, que ya se han comentado en una publicación anterior (Rebolledo y López de Heredia, 1990), se caracterizan por:

- a. Proporcionar a los participantes una información actualizada y comprensible acerca de la esquizofrenia, enfatizando la relación entre vulnerabilidad biológica y psicosocial de origen aún desconocido, y la susceptibilidad del paciente al estrés y a la sobreestimulación.
- b. Enseñar a los participantes a discriminar los síntomas de la enfermedad y los síntomas prodrómicos; a valorar la medicación neuroléptica como un factor de protección. A reconocer los efectos secundarios de esta medicación y a saber informar de ellos al psiquiatra.
- c. Incrementar en los participantes la comprensión y habilidad de afrontamiento del estrés ambiental, considerándolo como un factor de riesgo, junto al consumo de alcohol, de derivados de cannabis, de otros alucinógenos y de los cambios en las circunstancias habituales de la vida cotidiana.
- d. Crear una alianza entre usuarios, familiares y profesionales orientada a disminuir los resentimientos y culpas, a alcanzar metas a corto plazo y a establecer estrategias de afrontamiento en las crisis dado el carácter recidivante, en muchos casos, que adquiere el curso de los trastornos esquizofrénicos.
- e. Identificar y potenciar recursos en los afectados y en sus familias para el desarrollo de actividades de la vida diaria. Fomentar en ellos la conciencia y control de síntomas positivos y negativos, así como de otros comportamientos disfuncionales.
- f. Proporcionar a los participantes un ambiente de enseñanza y apoyo socioafectivo continuado, prolongado en el tiempo, de modo que favorezca la generalización de los logros a la vida cotidiana del paciente y su familia.
- g. Provocar en las personas afectadas y en sus familias la superación del aislamiento y estigma que lleva consigo la esquizofrenia.

- b. Ofrecer a pacientes y familiares esperanzas realistas basadas en los logros de la investigación acerca de la esquizofrenia.

Barter (1984) define la psicoeducación como «el uso de técnicas, métodos y enfoques educativos cuyo objetivo es la superación de los efectos discapacitantes de la enfermedad mental o el constituir un complemento al tratamiento del enfermo mental, normalmente sin ser incluido en un tratamiento continuo o formando parte de un programa de investigación». Goldman (1988) la define como «la educación o entrenamiento de una persona, con un trastorno psiquiátrico, en varias áreas, sirviendo para alcanzar metas de tratamiento y rehabilitación; por ejemplo, aumentar la aceptación de la propia persona de su enfermedad, promover su cooperación activa con el tratamiento y la rehabilitación, y aumentar sus habilidades de afrontamiento de forma que compensen las deficiencias causadas por el trastorno psiquiátrico».

La psicoeducación es un procedimiento de intervención válido para aplicar dentro del programa de tratamiento o de rehabilitación. De una forma destacada, se han investigado sus beneficios en la atención a las familias de personas que padecen trastornos esquizofrénicos. Entre los más conocidos podemos citar los de Anderson, Reiss y Hogarty (1988), Barrawclough y Tarrier (1992), Falloon, Boyd y McGill (1984), Goldstein *et al.* (1986), Hatfield y Lefley (1987), Hatfield (1990), Kuipers y Bebbington (1990), Kuipers, Leff y Lam (1992), y Leff y Vaughn (1985) y, en nuestro medio, Rebolledo y Lobato (1994). Todos estos trabajos elaboran modelos psicoeducativos para informar, orientar y entrenar a los familiares en el afrontamiento de las consecuencias de padecer un trastorno esquizofrénico de curso crónico.

Pero nuestro propósito en estos momentos es dar cuenta de un procedimiento psicoeducativo dirigido no a la familia, sino al propio afectado, existiendo ya algunos trabajos publicados al respecto (p. ej., Amdur y Cohen, 1981; Barter, 1984; Carson, 1991; Goldman, 1988; Gordon y Gordon, 1985; Liberman, 1993; Pilsecker, 1981). Este creciente interés refleja, quizás, los nuevos problemas a los que se enfrentan clínicos y planificadores sanitarios de la atención a la salud mental en un nuevo modelo comunitario. El surgimiento de los enfoques psicoeducativos se entronca en una nueva forma de abordar el estudio de los problemas de salud mental, como es dirigir el interés a los factores de riesgo y protección dada una condición de vulnerabilidad a presentar episodios esquizofrénicos (Liberman, 1986; Zubin, 1977, 1983), el análisis sobre el papel de los acontecimientos vitales en el curso de la enfermedad mental (Brown y Harris, 1989; Day, 1989), la influencia que tiene el estilo de vida sobre el pronóstico de una enfermedad (Kickbush, 1986; Ozámiz, 1987) y el importante papel que juega la disponibilidad de una red social de apoyo a la hora de afrontar un trastorno psiquiátrico que se prolonga en el tiempo (Caplan, 1974; Hammer, 1981).

IV. ESCALERA PROGRESIVA DE APRENDIZAJE EN LA PSICOEDUCACIÓN DE PERSONAS AFECTADAS POR TRASTORNOS ESQUIZOFRÉNICOS

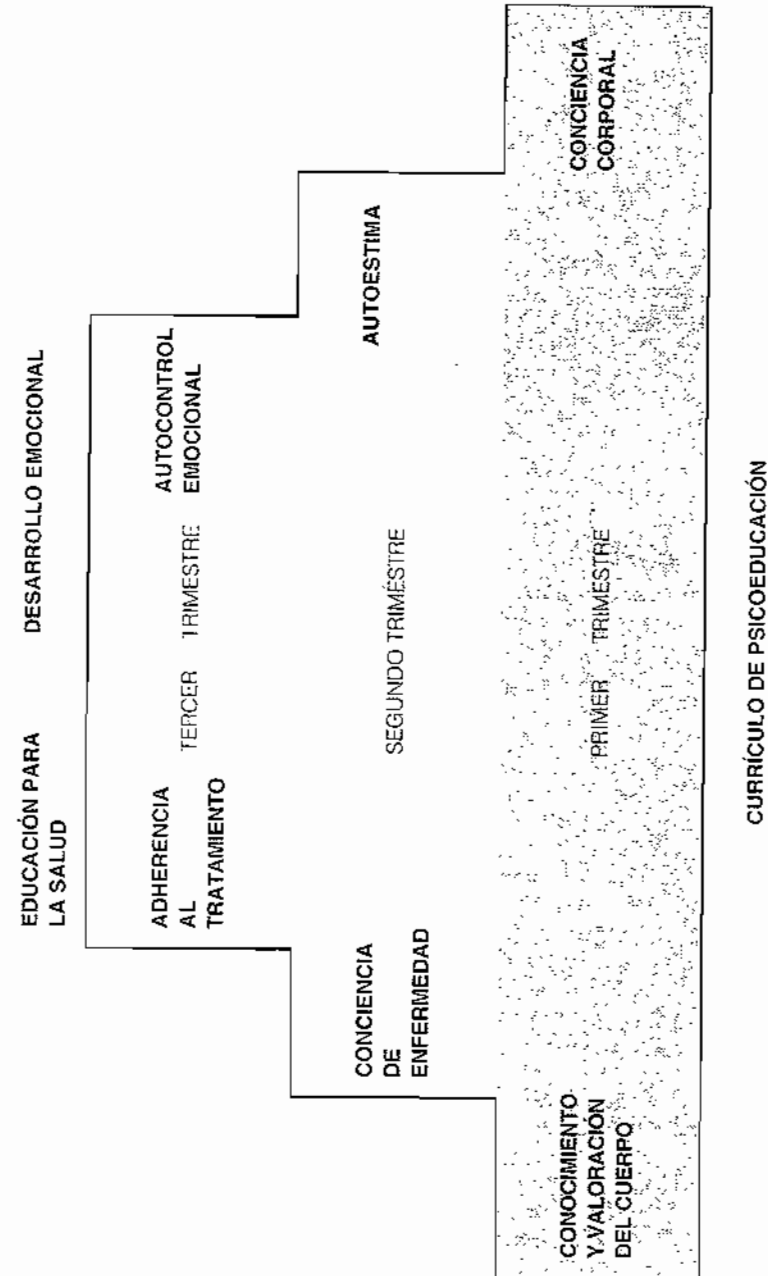
Esta escalera de aprendizaje tiene una duración de tres trimestres y cada peldaño constituye un trimestre, compuesto, a su vez, de unas 20/30 sesiones, con una frecuencia de cuatro sesiones por semana, divididas en dos asignaturas.

El primer trimestre corresponde al grupo de *Cuidate*, cuyo objetivo es llegar a un conocimiento de las partes del cuerpo, funciones y cuidados. El programa de este grupo se imparte en días alternos, por ejemplo, lunes y miércoles, mientras martes y jueves se imparte el grupo de *Conciencia corporal*, cuyo objetivo es desarrollar actividades que provoquen en los asistentes sensaciones positivas y agradables del cuerpo, utilizándose para ello diversos recursos de la psicomotricidad, relajación, expresión corporal, baile, etc. Es muy importante comenzar por estos grupos, centrados en el conocimiento y en la vivencia corporal, ya que proporcionan sentimientos y conocimientos sobre los que se fundamentarán conceptos tales como autoestima y autocuidado. Por desgracia, las personas afectadas por trastornos esquizofrénicos experimentan con frecuencia sensaciones corporales deformadas y sin límites, creando trastornos en la conciencia corporal. Estos grupos tienen que servir como un escalón de "seguridad" que le permita al paciente pasar al siguiente escalón, donde va a tener que afrontar su conciencia de vulnerabilidad y enfermedad. Si en el primer escalón, con el grupo de "cuidate" y "conciencia corporal", la persona consigue alcanzar una imagen más real y viva de su cuerpo, una conciencia del cuidado de éste y una sensación de que es algo que le pertenece, que está vivo y que puede disfrutar de él, sería el momento de subir al siguiente escalón.

El segundo trimestre es el más conflictivo, ya que en él se pueden producir sentimientos de derrumbamiento según va entrando el paciente en la conciencia de su vulnerabilidad y enfermedad. Esto es siempre doloroso, porque el individuo va a comprender que se trata de trastornos crónicos, limitantes, sobre los que pesa un estigma social, y que va a tener que mantener consultas psiquiátricas y tomar medicación neuroléptica durante mucho tiempo. Básicamente, el concepto que debe elaborar es el de su vulnerabilidad y predisposición a experimentar crisis y trastornos esquizofrénicos, el concepto de que esta vulnerabilidad sería su *rasgo* definitorio y que los trastornos esquizofrénicos serían un *estado* que fluctúa. Estos conceptos se tratan en el grupo *Conócete*, que puede tener lugar los lunes y miércoles, mientras que los martes y jueves se imparte el grupo de *Autoestima*, que va dirigido a afrontar las situaciones depresivas y de derrumbamiento que se van a producir por la conciencia de enfermedad. El objetivo de este último grupo es crear en el paciente una valoración positiva de su persona, un aprendizaje para disfrutar, aunque se sepa vulnerable, y una manera positiva de afrontar su enfermedad y su vida. Tendrá que aprender a valorar otros aspectos, a fijarse metas inmediatas y a valorar cada momento, a responsabilizarse de su propia felicidad y a llevar a cabo comportamientos para la propia satisfacción. Estos logros señalan el momento de subir al tercer escalón.

En este tercer escalón, se informará a la persona de los medios de protección que tiene a su alcance para combatir el malestar que le produce su vulnerabili-

FIGURA 20.1. Escalera progresiva de aprendizaje en la psicoeducación de personas afectadas por trastornos esquizofrénicos



dad a experimentar crisis. Muchas personas afectadas se niegan a tomar la medicación neuroléptica porque no tienen conciencia de que el desequilibrio bioquímico de su cerebro les provoque un desajuste en su comportamiento social y en su forma de ser. Pero la diferencia es grande a la hora de aceptar la medicación si han llegado al convencimiento de que el fármaco es necesario para disminuir los síntomas que les provoca su enfermedad y que ésta es la forma más eficaz de atenuar su vulnerabilidad a experimentar crisis. A este escalón podemos llamarle *Tu ayuda y apoyo o Tu medicación*. Este grupo, siguiendo el formato de los anteriores, puede impartirse los lunes y miércoles, mientras que los martes y jueves tiene lugar el grupo de prevención de la ansiedad y depresión. Los pacientes pueden conocer a este último grupo con el término *Contrólate*. Su objetivo básico es ayudar a las personas a reconocer sus estados de ánimo y a desarrollar habilidades para el autocontrol emocional. El impacto de este grupo es grande cuando la persona logra integrar habilidades para el control de sus emociones con la adherencia al tratamiento, como métodos para cuidar de sí mismos y formas de preservar su proyecto de vida personal.

V. METODOLOGÍA DE LAS ACTIVIDADES

Se valora el hecho de realizar las actividades en grupo pequeño. Dado que el objetivo es elaborar un concepto personal de vulnerabilidad y esquizofrenia, el grupo será la primera socialización de este concepto. Asimismo, la dinámica del grupo ayuda a superar los problemas de motivación y las dificultades de comprensión y elaboración de conceptos. A través del refuerzo social y del aprendizaje por imitación, el grupo promueve la adquisición de habilidades y su mantenimiento. Ello requiere que el responsable de realizar la actividad deba cuidar especialmente de:

1. Crear un ambiente de grupo gratificante, usando para ello, con medida, el buen humor y el refuerzo social y tratando de canalizar los liderazgos en favor de los objetivos de la actividad.
2. Fomentar la participación intensiva de todo el grupo. Para ello debe interpelar a los miembros del grupo, usando a menudo los nombres propios y demandando la interacción de los pacientes. Se puede crear una atmósfera segura y nada amenazante usando el refuerzo positivo, descartando el castigo y asumiendo una percepción selectiva de los aspectos más ventajosos o positivos de una situación.
3. El nivel de exigencia de la actividad es siempre progresivo, usando el moldeamiento o el refuerzo de aproximaciones sucesivas a la meta como metodología.
4. Iniciar todas las sesiones recordando los objetivos del grupo. En cada sesión se debe dedicar siempre un tiempo a que los pacientes verbalicen las metas que, según su plan individualizado de rehabilitación, deben alcanzar en esa actividad.

5. Durante toda la sesión centrar la atención de los asistentes en el tema o ejercicios propios de la actividad. No se debe permitir la introducción por amplios períodos de otras problemáticas. Ante la irrupción de otros "temas" se le debe dirigir a otro personal («esa idea tuya es mejor que se la cuentes a tu médico»).
6. Empezar las sesiones siempre a la hora exacta. La duración total de la sesión puede variar de acuerdo al clima creado y al tema a desarrollar.
7. Se debe procurar introducir siempre una misma rutina en el desarrollo de las sesiones. Elegir un saludo que se repita y tener siempre el mismo orden para desarrollar la sesión. Deben existir normas claras y explícitas sobre cómo debe ser la actitud de todos. Ante pacientes agitados o que su comportamiento lesione el desarrollo de la sesión hay que utilizar el "tiempo fuera", pidiéndole que salga unos minutos de la sesión.

Cada actividad exige un trabajo de estructuración que permita su valoración, perfeccionamiento y aplicación guiada por objetivos. Una actividad de psicoeducación queda caracterizada por la siguiente estructura:

1. *Identificación de la actividad*. Junto a una identificación técnica de la actividad, ésta puede ser reconocida también por nombres con más "gancho" para los usuarios. Así, es posible que los pacientes conozcan una actividad de autocontrol de la ansiedad y de la depresión por el término de "contrólate".
2. *Objetivos de la actividad*. Constituyen las metas que deben alcanzar los usuarios si cumplen las exigencias de la actividad. Dichas metas deben ser definidas en términos operativos y concretos, evitando las sobregeneralizaciones. Se hace necesario igualmente la utilización de un lenguaje coloquial para definir los objetivos de la actividad a los pacientes, a fin de favorecer su orientación y comprensión de lo que pueden y deben obtener con su participación en ella.
3. *Repertorio de entrada*. Son los requisitos previos que el paciente debe conocer o las capacidades que debe poseer para poder seguir la actividad con éxito. Por ejemplo, para acceder a la actividad de *Autoadministración* de su medicación, el paciente debe aprobar previamente los grupos de "Conocimiento" y "Valoración del Cuerpo" y el de "Conciencia de Enfermedad".
4. *Módulos de ejercicios o sesiones*. Constituyen la parte central de la actividad, donde siempre se prima lo concreto sobre lo abstracto y la práctica o ensayo sobre el mero discurso verbal. La actividad puede estar estructurada en módulos de ejercicios, que se pueden aplicar de manera secuenciada o alternativa de acuerdo a los rendimientos del grupo o de cada paciente. O también la actividad puede estructurarse en sesiones, cada una con su temario.
5. *Sistemas de registro y valoración*. La actividad debe estar dotada de uno o varios instrumentos de medida que permitan evaluar al paciente antes, durante y al finalizar la actividad y siempre referidos a los objetivos concretos de la actividad. Este tipo de registros debe combinar el rigor técnico con un formato que permita al paciente reconocer su propio progreso en la realización de la actividad. El autorregistro es una importante fuente de motivación y discriminación de lo aprendido para el paciente.

6. *Definición de los recursos materiales y económicos* necesarios para la realización de la actividad.

7. *Cobertura, frecuencia de las sesiones, horario y lugar de realización.* Cada actividad dura un trimestre.

Los grupos se realizan en un "aula" con mesas de estudio, sillas y una pizarra donde se utilizan tizas de colores, paneles y vídeos, todos ellos recursos destinados a aumentar el control sobre la atención y la comprensión. Nada más comenzar la clase se anota en la pizarra el nombre del grupo que se está trabajando y la fecha, ya que algunos asistentes pueden estar desorientados en el tiempo. Con esto se consigue ordenarlos en el espacio y tiempo. Luego se pasa lista de asistencia. Parecerá algo infantil, pero es una oportunidad para nombrar a cada uno de los pacientes y saludarlo, hacerle sentir que su presencia en el grupo es importante y reconocida. Esto les está dando también la oportunidad de volver a representar el papel de estudiante y, además, les permite conocer a sus compañeros, facilitándoles una progresiva integración en el grupo. Cada asistente tiene su cuaderno donde anota día a día los temas que se tratan. Esta disciplina diaria de tomar notas les mantiene más atentos, se sienten más participativos en la clase y favorece el recuerdo de los contenidos tratados. Una vez finalizado el curso, el cuaderno les servirá como una guía de consulta.

Es importante que la clase se imparta regularmente y a la misma hora, puesto que las personas afectadas valoran las rutinas que se repiten y les es más fácil asumir la tarea de asistir a clase, previniéndose así los abandonos. Todos los temas y dibujos se anotan en la pizarra, siendo más fácil que mantengan la atención si lo que escuchan lo ven, además, escrito. Se hacen esquemas sencillos, fáciles de comprender y memorizar.

A fin de satisfacer los requisitos de un currículo de enseñanza que implica una actividad de psicoeducación, las actividades se han estructurado en verdaderas "asignaturas", cada una de ellas con su programa.

V.1. *La primera meta: autocuidado y vivencia corporal*

En este primer trimestre intentarán crearse las bases del autocuidado, la conciencia de vulnerabilidad y de adherencia al tratamiento. Lo fundamental es lograr un conocimiento básico acerca de la anatomofisiología, establecer una base racional para el cuidado del cuerpo y las afecciones comunes, así como atender las preocupaciones inmediatas por la salud que expresen los asistentes. Junto a ello, se plantea el desarrollo de actividades que provoquen una vivencia corporal positiva. Esto último se logra a través de procedimientos que estén en consonancia con los intereses y características de los asistentes. Los objetivos generales son:

- Fomentar entre los asistentes el reconocimiento de su cuerpo y del funcionamiento del mismo, tratando de establecer una *valoración positiva* de éste y promover sus cuidados.

- Fomentar el *valor de la salud como un bien que se puede obtener y preservar activamente*. Promover un *estilo de vida sano* en cuanto a la alimentación, higiene, ejercicio y otros aspectos de interés para los asistentes (por ejemplo, el sobrepeso, las afecciones de la piel o el cabello, el uso de gafas, etc.).
- Ayudar a los pacientes a reconocer su corporalidad y contribuir a una *conciencia corporal positiva*.

Para la consecución de estos objetivos disponemos de un trimestre de 20/30 sesiones con una frecuencia de 4 por semana, estructuradas en dos asignaturas: a) *Conocimiento y valoración del cuerpo*, como dijimos anteriormente; los asistentes pueden conocer este grupo por "Cuidate". Comprende 10/15 sesiones distribuidas en lunes y miércoles. Utiliza una metodología típica de "clase estudiantil". Se utiliza la pizarra y textos escritos que se entregan a los "alumnos" para su estudio. b) *Conciencia corporal*, que puede ser conocida por los asistentes como "*Disfrútalo*". Comprende 10/15 sesiones distribuidas en martes y jueves. Utiliza una metodología diferente, realizándose en un lugar más amplio que permita moverse libremente.

V.1.1. Descripción del grupo "Cuidate"

Objetivos específicos

1. Evaluar el nivel cultural de los asistentes y sus conocimientos específicos sobre anatomofisiología, así como su sistema de creencias respecto a la salud y la enfermedad.
2. Aumentar sus conocimientos sobre educación para la salud, estableciendo bases racionales para el cuidado de la propia salud física y emocional.
3. Implantar hábitos de autocuidado del cuerpo, incluyendo hábitos de higiene, alimentación y descanso.
4. Establecer ayudas para disminuir comportamientos de riesgo sanitario: fumar, beber alcohol, hábitos dietéticos inadecuados u otros que se detecten en los asistentes.
5. Promover la autosatisfacción corporal.

Metodología

- a. Se utilizan textos escolares como guías para la explicación de los principales aparatos y sistemas corporales. En general, entre personas adultas jóvenes el nivel cultural suele ser de últimos cursos de EGB y en personas mayores e institucionalizadas puede ser más básico.
- b. Para cada sistema se entregan nociones fundamentales de anatomofisiología.
- c. Es importante dibujar en la pizarra esquemas y figuras que ilustren los conceptos y hacer que los asistentes las copien en sus cuadernos. También se pueden utilizar diapositivas, proyección de láminas y vídeos.

Esquema para las sesiones

Se busca transmitir en todas las sesiones el mensaje de que el cuerpo es algo que funciona, que es maravilloso, que es una fuente de placer, que es apasionante explorar sus posibilidades sensoriales, sensuales, de movimiento, que el cuerpo es un compañero al que hay que cuidar cada día y que cada uno es el "jefe" de su cuerpo.

Se aborda el estudio de los diferentes sistemas anatomofisiológicos (sistema respiratorio, sistema digestivo, etc.) siguiendo un esquema en el que se repasa su importancia, su funcionalidad y los cuidados que cada sistema requiere. Este último punto siempre se operacionaliza con tareas y ejercicios a realizar en casa.

Evaluación del grupo "Cuidate"

Para evaluar el nivel de aprendizaje y de comprensión se utilizan diferentes tipos de evaluación. Una característica común es que las evaluaciones están destinadas, sobre todo, a reforzar los logros, más que a destacar los errores. Existe una evaluación continua, clase a clase. Cada sesión se inicia haciendo preguntas a los asistentes acerca de los temas tratados anteriormente. Cuando uno de los "alumnos" titubea o no acierta se corrige utilizando un control de estímulo para provocar la respuesta correcta. Es decir, se comienza a darle pistas y señales, de menos a más, hasta que da la respuesta correcta y entonces ésta es reforzada.

De acuerdo con el nivel cultural de los "alumnos" y siguiendo estudios previos, se han ido desarrollando también preguntas tipo test, de verdadero o falso, o de varias opciones. Pueden confeccionarse textos programados, donde la búsqueda de la palabra clave se deduce de los conceptos anteriores o de la frase previa.

V.1.2. Descripción del grupo sobre conciencia corporal

Objetivos específicos

1. Contribuir a la conciencia corporal de los pacientes, ayudándoles a orientarse en el espacio y en relación a su cuerpo.
2. Estimular su preocupación por el cuidado y el bienestar corporal.
3. Entrenarles en un procedimiento de relajación.
4. Promover el interés por actividades físicas.

Metodología

Debe estar de acuerdo a los intereses y a la cultura de los asistentes. En general, se utilizarán actividades en las cuales los asistentes deben ejercitar habilidades psicomotrices y movimientos. Las ideas de Feldenkrais (1972) son especialmente sugerentes. Del mismo modo, el manual de García Arroyo (1995) nos ofrece una

serie de ideas y ejercicios que pueden adaptarse a este propósito. Con jóvenes adultos han dado muy buenos resultados ejercicios basados en la psicomotricidad, la expresión corporal y la gimnasia sueca, así como los juegos populares. Y en algunos grupos ha tenido éxito aprender a jugar a balonvolea, balonmano, ping-pong, petanca y rayuela. Con adultos, el ensayar bailes de salón ha sido muy motivador. Como técnica de relajación resulta particularmente útil la de Jacobson (1961). En todas estas actividades, el objetivo último es crear una conciencia del movimiento y de la sensación corporal.

Estructura de los ejercicios

En general se intenta seguir la secuencia ya descrita para el grupo de Conocimiento y valoración corporal, aunque dependiendo de la metodología elegida variará ligeramente. En general conviene comenzar con actividades que poco a poco van incrementando el compromiso de moverse y expresarse corporalmente. Hay personas que pueden considerar amenazante un espacio libre en el que pueden moverse activamente y es necesario ofrecer seguridad y escalar los ejercicios.

Evaluación del grupo de conciencia corporal

Se utilizan diversas técnicas. Al inicio de cada sesión y dependiendo del tipo de actividad que se va a realizar, se describen de forma gráfica las posibles sensaciones que se van a experimentar. Al finalizar la sesión, se busca que cada participante explique sus sensaciones corporales, a veces nada más terminar la actividad o a veces después de ducharse, y en ese estado de relajación describir lo que se siente. Los diferenciales semánticos (Osgood, Succi y Tannenbaum, 1976) son particularmente útiles cuando se construyen teniendo en cuenta los diversos aspectos de la conciencia corporal y la autoimagen. Se pueden desarrollar diferenciales semánticos sobre la valoración del propio cuerpo, sobre sensaciones corporales antes y después de una actividad o sobre el atractivo físico. Los tests psicomotrices, del esquema corporal, pruebas de ritmo y otras (Zazzo, 1971) han resultado a veces sugerentes para evaluar programas y actividades. También se utilizan el dibujo u otras expresiones plásticas para evaluar la conciencia corporal y la autoimagen.

V.2. Segunda meta: conciencia de vulnerabilidad y autoestima

En este segundo escalón, vamos a ayudar a los pacientes a elaborar un concepto acerca de lo que les ocurre y, al mismo tiempo, a mantener una autoimagen digna y positiva. Es necesario considerar la carga de estigma y rechazo social que implica la enfermedad mental. Las ideas de Fink y Tasman (1992), de Goffman (1963) y de Schaff (1973) son útiles a la hora de clarificar este marco social de la enfermedad mental. Es fundamental en estos grupos distinguir entre la persona y la afección. Hay que enfatizar continuamente el hecho de que la persona es

mucho más que su predisposición a experimentar crisis esquizofrénicas. Y que si bien es cierto que debemos conocer la propia vulnerabilidad, porque ese conocimiento inteligente nos ayuda a organizar nuestro estilo de vida, nuestro valor como personas va más allá, siendo importante cómo me siento conmigo mismo, qué hago para sentirme mejor en mis habilidades, en mis proyectos, en mis triunfos y en mis fracasos. Y ésta es la lógica de aunar en este trimestre el trabajo de elaborar una conciencia de vulnerabilidad a experimentar crisis, conjuntamente con el trabajo sobre la autoimagen y la autoestima.

v.2.1. Descripción del grupo de conciencia de vulnerabilidad

El nombre que se puede dar a este grupo es el de *Conócete*. Lo fundamental es ayudar a los pacientes a elaborar la idea de que todos los seres humanos somos vulnerables a algún tipo de trastorno y que esta vulnerabilidad es consustancial a la persona. Las ideas de Fitzpatrick (1990) acerca de la enfermedad como experiencia nos ofrecen una perspectiva más profunda sobre estos temas. Para el estudio de los factores de protección y de riesgo en el curso de los trastornos esquizofrénicos, así como de la condición de vulnerabilidad o predisposición a experimentar crisis esquizofrénicas, se ha seguido a numerosos autores, destacando las ideas de Birchwood y Tarrrier (1995), Ciompi (1988), Colodrón (1983), Liberman (1993), Neufeld (1984), Perris (1989), Roder *et al.* (1996), Ruiz-Vargas (1987), Straube y Hahlweg (1990) y Strauss, Böker y Brenner (1987).

La experiencia de la predisposición a enfermar o a sufrir ciertos trastornos es común a todos los pacientes. Los ejemplos de trastornos somáticos son abundantes. Todos conocen a alguien que sufre del corazón o de otro órgano. Sobre esta cuestión se plantea la necesidad de saber cuidar de uno mismo. Así, describir enfermedades como la diabetes, en la cual los afectados deben aprender acerca de su vulnerabilidad, de los factores de riesgo y protección y de cómo guardando un régimen y tomando una medicación pueden ir desarrollando su vida, ayudan a acercar la idea de vulnerabilidad y autocuidado en los trastornos esquizofrénicos.

Posteriormente, se elabora el concepto de vulnerabilidad como un *riesgo* personal que se manifiesta en una predisposición a experimentar crisis y los estados esquizofrénicos como un *estado* que fluctúa. Una vez asentada esta idea, se hace un minucioso recuento de los factores de riesgo y protección en el curso de los trastornos esquizofrénicos. Normalmente, los temas en los que más conviene insistir es en el abandono de la medicación neuroléptica y en el consumo de drogas como hachís o estimulantes. Es frecuente en los grupos de adultos jóvenes encontrar personas que admiten un doble diagnóstico, que junto a su trastorno psicótico presentan hábitos de drogodependencias, comúnmente de cannabis, pero también de alcohol u otras sustancias. Si esta situación se presenta, se debe dedicar un tiempo mayor al tema. Incluso puede ser útil organizar un grupo paralelo donde se elaboren los problemas del consumo de drogas como factor precipitante de crisis. Cuando estos hábitos están muy arraigados, hay

que acudir a otras estrategias como el refuerzo de conductas incompatibles, el incremento del repertorio para la participación en otro tipo de grupos, y/o la elaboración del hecho del consumo de drogas como situación precipitante en el caso particular del afectado, buscando incrementar su motivación para prevenir las crisis.

Finalmente, este grupo de conciencia de vulnerabilidad debe trabajar la idea de la prevención de las crisis a través de la detección de los síntomas prodrómicos y del tratamiento psiquiátrico, como factores de protección.

Objetivos específicos

1. Fomentar la idea de enfermar como una condición de vulnerabilidad que obliga al reconocimiento de factores de riesgo y de protección.
2. Promover la conciencia de enfermedad a través del conocimiento de las enfermedades somáticas, cerebrales y mentales.
3. Entrenar en el reconocimiento de los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia.
4. Entrenar en el autorreconocimiento de los síntomas prodrómicos. Fijar éstos como una situación de alerta.

Metodología

Es importante cuidar especialmente la secuencia de los conceptos y su elaboración por el grupo. A estas alturas, el coordinador del grupo conoce perfectamente a los asistentes. Ya estuvo con ellos el trimestre anterior y por tanto debe ser competente para saber presentar al grupo las ideas de forma que no provoquen rechazo ni actitudes referenciales (que el paciente se sienta aludido personalmente). Por ello, valoramos positivamente el comenzar por las experiencias más comunes del enfermar para acercarnos, posteriormente, a la idea de vulnerabilidad más que a la de enfermo mental. Este último concepto hay que dignificarlo y hacer ver cómo la sociedad históricamente ha marginado a diversos colectivos, pero hoy en día se impulsan ideas de una sociedad tolerante y abierta donde ser diferente no implica marginación.

Por la complejidad de estos conceptos y la especial sensibilidad que hacia ellos pueden manifestar los asistentes, la regla es que el grupo marca la pauta. Sobre esas ideas generales se profundiza más o menos de acuerdo con las preguntas, el nivel cultural y las actitudes referenciales de los asistentes. Para facilitar las explicaciones, se han elaborado dos folletos con los contenidos de este grupo, *La enfermedad mental* y *Vivir con esquizofrenia*, como guías para el desarrollo del grupo y de donde se extraen los esquemas que luego van a utilizar en las clases. En algunos grupos se entregan como material de lectura.

Secuencia de las sesiones

1. Ideas generales acerca de la vulnerabilidad como predisposición a sufrir trastornos somáticos, cerebrales, emocionales, mentales.

2. Énfasis en la organización social para afrontar las enfermedades y sus consecuencias. Elaboración del estigma social que marca a las personas en tratamiento psiquiátrico.
3. Estudio de algunas enfermedades somáticas crónicas caracterizadas por la predisposición a desarrollar crisis, toma de medicación como factor de protección y organización de un estilo de vida que preserve el desarrollo personal.
4. Presentación de la vulnerabilidad a experimentar crisis con base en la predisposición hacia desequilibrios bioquímicos cerebrales.
5. Estudio de factores de riesgo y protección en el curso de los trastornos esquizofrénicos.
6. Estudio de síntomas positivos y negativos. Estudio de los síntomas prodrómicos como elemento de alerta en la prevención de las crisis.
7. Elaboración colectiva de actitudes y comportamientos para un estilo de vida saludable ante la predisposición a experimentar crisis psicóticas.

Evaluación del grupo de conciencia de vulnerabilidad

Como en los grupos anteriores, es importante la evaluación continua, clase a clase, donde la técnica principal consiste en provocar en el "alumno" la respuesta correcta para poder reforzar el logro. Se utilizan preguntas de dos alternativas, verdadero o falso, para evaluar diversos conceptos acerca de las enfermedades somáticas y de sus cuidados y sobre la clasificación de los trastornos mentales y emocionales. Existen diversas escalas para evaluar y autoevaluar síntomas de la enfermedad y síntomas prodrómicos.

v.2.2. Descripción del grupo de autoestima

La autoestima es la suma de la confianza y el respeto por uno mismo. Refleja el juicio implícito que cada uno hace de su habilidad para afrontar los desafíos de la vida (para comprender y superar los problemas) y de su derecho a ser feliz (respetar y defender sus intereses y necesidades [Branden, 1987]).

Los asistentes lo conocen con el nombre de *Quiérete*. Se imparte en días alternos al grupo anterior. Básicamente, se trata de elaborar colectivamente actitudes y sentimientos que dignifiquen el valor de la persona sobre cualquier consideración respecto a los trastornos o enfermedades que padezca. Trata de promover una autoimagen realista y digna. Este último aspecto se enfatiza desde la óptica de la capacidad relativa de autonomía y de las posibilidades de realización que poseen las personas. Para elaborar el tema y los ejercicios son particularmente útiles las ideas de Branden (1987), Davis, McKay y Eshelman (1985), McKay, Davis y Fanning (1985), McKay y Fanning (1991), Palmer y Alberti (1992) y Ruiz (1992).

Objetivos específicos

1. Desatrollar en los pacientes una imagen realista de ellos mismos, aprendiendo a valorarse positivamente.
2. Reforzar positivamente a los asistentes ante el impacto que les produce conocer más profundamente la naturaleza del trastorno que padecen.
3. Fomentar entre los asistentes una mayor confianza y amor por sí mismos.
4. Hacer que sientan una mayor satisfacción por su propio ser, que se sientan orgullosos ante sus logros.
5. Hacer que valoren el estar vivos y que tomen conciencia de ello. Que se sientan responsables de sí mismos, que sientan por ellos mismos y por los demás y que no se sientan dependientes.
6. Que aprecien diversos aspectos concretos y positivos de su vida (comer, música, deporte, etc.) y que disfruten de las cosas que les rodean (naturaleza, su habitación, etcétera).
7. Que no se sientan culpables y avergonzados de su trastorno o enfermedad.

Metodología

Se trata de organizar un grupo muy activo cuyas sesiones pueden tener lugar en diversos ambientes. La elección de las actividades y ejercicios estarán en relación a las peculiaridades de los asistentes a cada grupo. Se trata de que realicen comportamientos gratificantes para ellos y para los demás. Un ejemplo claro es que una sesión de autoestima puede desenvolverse en una cocina, donde algunos de los asistentes demuestran su habilidad preparando algo que luego los demás degustan y alaban. Otra sesión puede transcurrir en un paseo por el parque, donde se disfruta de la estimulación de los sentidos. El escuchar música o leer colectivamente también son ejemplos de sesiones. Y, por supuesto, formatos más habituales, como los centrados en la dinámica de grupos, donde se enseñan habilidades para reforzar a los demás y para fomentar el autorrefuerzo.

Secuencia de las sesiones

1. Crear un ambiente relajado y optimista. Uso de diversos elementos para la enseñanza y la experimentación, como pizarra, cuadernos, colchonetas, espejos, etcétera.
2. Trabajar con ejercicios estructurados para destacar aspectos positivos en cada uno de los asistentes. Se deberá utilizar el refuerzo social positivo para estimular a cada miembro del grupo.
3. El terapeuta indagará los aspectos positivos de cada asistente y creará situaciones en las que puedan demostrarlos al grupo y ser reforzados por ello. Fomentará también la puesta en práctica en el medio habitual de cada asistente.

4. Lectura de poemas que valoren la vida. Escuchas colectivas de música y otros ejercicios para el despertar sensorial y de la conciencia.

Evaluación del grupo de autoestima

Se promueven las consignas de autoestima y se refuerza su verbalización por los asistentes. Se consideran también como progresos en el grupo la realización de trabajos personales, como frases, poesías, fotografía, música o canciones favoritas que ilustren facetas de la autoestima. El uso de los diferenciales semánticos, de los dibujos y de otras expresiones plásticas nos ayuda también a evaluar el progreso en la autoestima.

v.3. La meta final: adherencia al tratamiento y autocontrol

Este escalón final corresponde al tercer trimestre y constituye la meta operativa de todo el programa de psicoeducación. El objetivo fundamental es lograr la adherencia al tratamiento, una adecuada pauta de autoadministración de la medicación, una mejora sustancial en la comunicación con el psiquiatra y en promover una sensación y una conducta de autocontrol sobre las propias emociones.

v.3.1. Descripción del grupo de adherencia al tratamiento

Los asistentes pueden conocer a este grupo como *Tu seguridad, Tu medicación, Ayuda y apoyo*, etc. Para elaborar este currículo es particularmente útil el módulo de "Medication Management" del programa de Liberman (1982), *Social and independent living skills*, así como los trabajos de Meichenbaum y Turk (1991), Rochon (1991) y Salleras (1985). Con respecto a ordenar conceptos sobre neurolépticos y otras farmacoterapias psiquiátricas son útiles los textos de Bradley y Hirsch (1986), Chinchilla (1989), Fernández y Más (1993), González (1993), Guze, Richeimer y Szuba (1992) y, en particular, el de Lickey y Gordon (1983).

Lo básico en este grupo es justificar la terapia neuroléptica como el tratamiento y la profilaxis más fundamentada científicamente para los trastornos de esquizofrenia. Para ello hay que ofrecer una explicación razonada y asequible de su posible mecanismo de acción, detenerse ampliamente en considerar los efectos principales y, especialmente, los secundarios, y valorar sobre todo su acción profiláctica ante las crisis. Junto al moldeamiento del hábito de autoadministración de la medicación, es fundamental mejorar la percepción que el usuario tiene del psiquiatra e incrementar su capacidad para comunicar sus síntomas y molestias, así como los efectos desagradables que les produce la medicación neuroléptica. Se deben considerar también otras medicaciones, como tranquilizantes, hipnóticos y antiparkinsonianos.

Objetivos específicos

1. Informar a los asistentes sobre las principales medicaciones que toman, ofreciéndoles un cuadro clasificatorio de los neurolépticos, hipnóticos, tranquilizantes y correctores.
2. Enseñarles a valorar la medicación neuroléptica y el contacto habitual con el psiquiatra como factores de protección.
3. Ayudarles a reconocer los efectos de la medicación neuroléptica, que distingan sus beneficios y los efectos secundarios que posee. Entrenarles la habilidad específica de comunicar estos hechos al psiquiatra.
4. Que aprendan a reconocer los factores de riesgo de su condición, como el abandono de la medicación, el consumo de drogas y alcohol, el exponerse a situaciones de estrés, etcétera.

Metodología

Combinará la situación de sala de clases con la de entrenamiento de habilidades. Es necesario utilizar esquemas sencillos para la clasificación de las medicaciones y ayudar a los asistentes a confeccionar sus propias hojas-pauta para la autoadministración de la medicación. Las habilidades de interacción con el psiquiatra deben entrenarse utilizando la representación de papeles. Es fundamental el uso del grupo como modelado y refuerzo social.

Para facilitar el desarrollo del grupo se ha preparado un material escrito para uso de quien coordina el grupo, aun cuando en determinados grupos puedan entregarse directamente a los participantes. El esquema del material escrito es el siguiente:

1. Neurolépticos o el precio de la tranquilidad.
2. Lista de síntomas secundarios producidos por los neurolépticos.
3. Guías para la representación de papeles durante el entrenamiento.

Secuencia de las sesiones

Puede variar de acuerdo con la actitud inicial que el grupo tenga hacia la medicación neuroléptica. Normalmente en el trimestre anterior los asistentes ya han asumido la necesidad del tratamiento y ello les hará estar más interesados en obtener más información sobre las características de esta medicación. Normalmente nos inclinamos por seguir el orden que propone Liberman (1985):

Módulo 1: «Información sobre las medicaciones». Se dedica a enseñar a los asistentes las diversas medicaciones y el grupo a que pertenecen: neurolépticos, tranquilizantes, hipnóticos y correctores. Se especifican sus efectos principales y el porqué de la necesidad del mantenimiento de la terapéutica neuroléptica. Cada miembro del grupo debe finalmente saber clasificar e identificar su propia medicación.

Módulo 2: «Entrenamiento en la correcta autoadministración de la medicación y en la evaluación de sus efectos principales». Entrena en los pacientes las conductas de autoadministración: manipulación de la medicación, tarjeta de registro de la medicación y autofijación de un ritual para tomar la medicación (hora fija, etcétera).

Módulo 3: «Identificación de los efectos secundarios de la medicación». Se dedica a ayudar a cada participante a identificar los efectos secundarios que esta medicación les produce. Para ello se utilizará una lista de efectos secundarios más comunes para que los pacientes aprendan a identificarlos en ellos mismos. También se estudia el papel de los correctores.

Módulo 4: «Habilidades para comunicar problemas con la medicación». Incremento de la comunicación con el psiquiatra. Las sesiones finales se dedican a entrenar en los asistentes habilidades de comunicación con el psiquiatra para expresar sus necesidades e inquietudes respecto a la medicación. Se incluyen habilidades para discriminar cuándo necesita una consulta psiquiátrica utilizando lo aprendido en el trimestre anterior sobre los síntomas prodrómicos.

Evaluación del grupo de adherencia al tratamiento

Las preguntas de dos alternativas, verdadero o falso, pueden ser útiles para evaluar los conocimientos sobre la clasificación de los medicamentos que toman, sobre los efectos principales y secundarios de los neurolépticos. Se utilizan, además, diferenciales semánticos para evaluar actitudes ante los medicamentos y ante los psiquiatras.

En el entrenamiento de habilidades de comunicación con el psiquiatra y con su familia se utiliza la representación de papeles diagnóstica, de entrenamiento y de evaluación.

v.3.2. Descripción del grupo de prevención de la ansiedad y de la depresión

Los asistentes lo pueden conocer con el nombre de *Contróláte*. Para elaborar los ejercicios de este grupo resultan de gran utilidad los manuales de terapia de conducta, como los de Caballo (1991), Cautela y Groden (1985), Carnwath y Miller (1989), Davis, McKay y Eshelman (1985), Dyer (1983), Ellis y Grieger (1990), Fowler, Garety y Kuipers (1995), Hawton, Salkovskis, Kirk y Clark (1989), Lazarus (1980), Magaro (1991), McKay, Davis y Fanning (1985), Meichenbaum (1987), Weisinger (1988) y Wolpe (1978), entre otros muchos.

Lo básico en este grupo, que se lleva a cabo en días alternos con respecto al anterior, es ayudar a los asistentes a identificar sus estados de ánimo y a promover comportamientos de autocontrol. Lo ideal es que sean recursos que normalmente utiliza cualquier persona cuando se siente nerviosa o triste: tomarse una tila, darse una ducha, relajarse, llamar a un amigo por teléfono, etc. No se trata de implantar un completo programa de autocontrol, sino más bien de acercar a los asistentes a la experiencia de reconocer y modular sus emociones. Una con-

secuencia deseable es lograr aumentar el reconocimiento y la empatía con las emociones del otro, conocidos los déficits que en este aspecto presentan las personas afectadas por esquizofrenia.

Objetivos específicos

1. Enseñar a los asistentes a reconocer sus estados emocionales, especialmente la alegría, la tristeza, la ansiedad y la ira.
2. Entrenarles a autorregistrar diversos síntomas depresivos y ansiosos.
3. Practicar una serie de recursos para combatir la intranquilidad, la apatía y la tristeza, recursos tales como relajación, infusiones, cambio de ambiente, anticipación de consecuencias positivas, música, aficiones, etcétera.
4. Fomentar en los asistentes una filosofía del autocontrol y de la capacidad personal para reestructurar situaciones desagradables.

Metodología

Deberá ser más experiencial que didáctica, aun cuando sea necesario contar con los recursos de la pizarra y protocolos escritos para facilitar el aprendizaje. Para acercar la experiencia emocional es necesario trabajar tanto los aspectos expresivos externos, públicamente observables, como las experiencias relatadas por cada asistente al grupo. El coordinador debe destacar los aspectos comunes de las emociones humanas.

En la segunda parte, cuando se están implantando habilidades de autocontrol, es fundamental recoger las experiencias cotidianas de reconocimiento de emociones y de autocontrol de los asistentes y utilizar el grupo para el refuerzo social ante el ejercicio de estas habilidades.

Secuencia de las sesiones

1. Las primeras sesiones se dedican a describir las emociones humanas más comunes, haciendo referencia a los aspectos expresivos que permiten su identificación en otros y las vivencias de cada cual. Un paso más avanzado consiste en establecer que la emoción depende de la forma en que se piensan o razonan las situaciones. Para ello se ha elaborado un texto sobre *Rechazo de ideas irracionales y desarrollo de técnicas de afrontamiento*, basado en las ideas de Ellis, aun cuando también en ciertos grupos se ha utilizado la novela de Dyer (1983), *Los regalos de Eykis*.

2. Las siguientes sesiones se dedican a entrenar a los asistentes para que sepan discriminar sus estados de ánimo. Para ello se cuenta con el *Inventario de depresión de Beck* (Beck et al., 1961), con la *Escala para la evaluación de la ansiedad*, de Hamilton (Hamilton, 1959) y con el *Inventario de ansiedad estado-rasgo* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), así como con diseños de autorregistro.

3. Finalmente, el grueso de las sesiones se dedica a practicar relajación, respiración, técnicas de imaginación, detención de ideas perturbadoras, planificación personal, preparación de infusiones y ejercicio físico, orar o meditar, entre

otros recursos de autocontrol, que se eligen de acuerdo con las experiencias previas de los asistentes y de su medio cultural.

Evaluación del grupo de prevención de la ansiedad y la depresión

Utilizamos formas breves y simplificadas de escalas de autoevaluación de la ansiedad y de la depresión. Se enseñan diversos procedimientos de autocontrol a través de la representación de papeles, utilizando la secuencia de la representación de papeles de diagnóstico, de entrenamiento y de evaluación. Se utiliza el refuerzo social de los logros realizados en experiencias fuera del ámbito del grupo. Se emplean también escalas tipo Likert para evaluar el conocimiento y la puesta en práctica de habilidades de autocontrol.

VI. CONCLUSIONES

Este programa de psicoeducación fue evaluado en un diseño con grupo control y sus resultados publicados (Otero y Rebolledo, 1992) dentro de un amplio programa de rehabilitación psiquiátrica (Rebolledo y Pastor, 1991). Los beneficios más evidentes, a un año de seguimiento, fueron la disminución de la tasa de ingresos en unidades de agudos, la toma de la medicación de forma autónoma y la mayor asistencia a las consultas del psiquiatra. La experiencia de desarrollar estos grupos nos inclina a pensar que el programa permite una mayor conciencia de enfermedad, el que las personas adopten un estilo de vida más seguro ante su condición de vulnerabilidad a presentar episodios de esquizofrenia, preserven su autoestima y adquieran mayor motivación por los programas de rehabilitación y reinserción.

Es cierto que la evaluación realizada se refiere a una amplia investigación que incluía la valoración de un programa de rehabilitación y psicoeducación, y que ahora es necesario analizar y evaluar detalladamente cada componente de esta oferta asistencial a fin de calibrar la aportación de cada actividad. Sin embargo, la evaluación global nos permite afirmar que la psicoeducación, junto a otras actividades de rehabilitación, es un enfoque válido en la terapia y asistencia de los trastornos esquizofrénicos.

Resumiendo, los aspectos más importantes del enfoque psicoeducativo serían los siguientes:

1. Ofrecer una nueva perspectiva al difícil problema de *vivir con esquizofrenia*. Mientras las técnicas terapéuticas, estrictamente curativas, no alcanzan todavía un nivel de eficacia que garantice una plena y total recuperación del proceso esquizofrénico, la psicoeducación ofrece una alternativa válida para afectados y sus familias.

2. La psicoeducación es un enfoque que reconoce el derecho de las familias y de los afectados a conocer la realidad de los conocimientos científicos actuales sobre el problema y a utilizar este conocimiento en su beneficio, con el propósi-

to de elevar su calidad de vida y afrontar en mejores condiciones las dificultades cotidianas de la vida familiar y social.

3. El enfoque psicoeducativo trata de dignificar a la persona afectada de esquizofrenia, considerándola un sujeto de derecho, autónomo y con capacidad para dirigir su vida. Ante los episodios psicóticos se adopta un criterio protésico, en vez de un juicio de inhabilitación. Es decir, se piensa cuál es la mejor forma en que se puede ayudar a la persona discapacitada para que ejerza sus roles sociales a pesar de sus minusvalías.

4. Las actividades psicoeducativas utilizan métodos muy variados para superar las discapacidades cognitivas y las disfunciones comportamentales que conlleva el sufrir un trastorno esquizofrénico. Los fracasos deben atribuirse siempre al método utilizado y no a la psicopatología o a los deterioros. Todas las personas afectadas pueden aprender y organizar su comportamiento en función de metas de autocuidado si sabemos proporcionarles la información a través de medios adecuados a su comprensión y les procuramos el ambiente con las señales idóneas y la estimulación modulada de acuerdo a su vulnerabilidad.

5. Las actividades de psicoeducación, por su enfoque grupal, nos parecen un recurso adecuado para ser utilizado en servicios de atención en salud mental, tanto ambulatorios como hospitalarios, porque pueden ser desarrolladas por un equipo multiprofesional, porque son operativas y se pueden adaptar a diferentes grupos según la edad, intereses o cultura, y porque permiten su evaluación y pueden enseñarse a los equipos de salud mental.

Nuestro papel como psicoeducadores es construir un vínculo inteligente con las personas que sufren trastornos esquizofrénicos, con el objetivo de aumentar sus posibilidades de desarrollo personal.

REFERENCIAS

- Amdur, M. y Cohen, M. (1981). Medication groups for psychiatric patients. *American Journal of Nursing*, 343-345.
- Anderson, C., Reiss, D. y Hogarty, G. (1986). *Esquizofrenia y familia. Guía práctica de psicoeducación*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Andreasen, N. (1982). Negative symptoms in schizophrenia definition and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 39, 784-788.
- Ascher-Svanum, H. (1989). A psychoeducational intervention for schizophrenic patients. *Patient Education and Counseling*, 14, 81-87.
- Ayllon, T. y Azrin, N. (1979). *Economía de fichas. Un sistema motivacional para la terapia y la rehabilitación*. México: Trillas. (Orig. 1972.)
- Barrowclough, C. y Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural intervention*. Londres: Chapman and Hall.
- Barter, J., Queirolo, J. y Ekstrom, S. (1984). A psychoeducational approach to educating

- chronic mental patients for community living. *Hospital and Community Psychology*, 35, 793-800.
- Barter, J. (1984). Psychoeducation. En M. Talbott (dir.), *The chronic mental patient. Five years later*. Nueva York: Grunc and Stratton.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Birchwood, M., Hallet, S. y Preston, M. (1988). *Schizophrenia. An integrated approach to research and treatment*. Londres: Longman.
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *El tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel. (Orig. 1994.)
- Bradley, P. y Hirsch, S. (1986). *The psychopharmacology and treatment of schizophrenia*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Branden, N. (1987). *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Breier, A. y Strauss, J. (1983). Self-control in psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40, 1141-1145.
- Brown, G. y Harris, T. (1989). *Life events and illness*. Nueva York: Guilford.
- Caballo, V. E. (dir.) (1991). *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Nueva York: Behavioral Publications.
- Carson Bisbee, C. (1991). *Educating patients and families about mental illness. A practical guide*. Gaithersburg, Md: Aspen Publications.
- Cautela, J. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación. Manual práctico para adultos y niños en educación especial*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carnwath, T. y Miller, D. (1989). *Psicoterapia conductual en asistencia primaria. Manual práctico*. Barcelona: Martínez Roca.
- Chinchilla, A. (1989). *Tratamientos psicofarmacológicos en psiquiatría*. Barcelona: Sano-fi-Winthrop.
- Ciampi, L. (1988). *The psyche and schizophrenia. The bond between affect and logic*. Harvard, Ma: Harvard University Press.
- Colodrón, A. (1983). *Las esquizofrenias*. Madrid: Siglo XXI.
- Crow, T., Cross, A., Johnstone, E. y Owen, F. (1982). Two syndromes in schizophrenia and their pathogenesis. En F. Henn y H. Nasrallah (dirs.), *Schizophrenia as a brain disease*. Nueva York: Oxford University Press.
- Davis, M., McKay, M. y Eshelman, E. R. (1985). *Técnicas de autocontrol emocional*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig. 1982.)
- Day, R. (1989). Schizophrenia. En G. Brown y T. Harris (dirs.), *Life events and illness*. Nueva York: Guilford.
- Dyer, W. (1983). *Los regalos de Eykis. Hacia una vida sin límites*. Barcelona: Grijalbo.
- Ellis, A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Falloon, I., Boyd, J. y McGill, C. (1984). *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guilford.
- Feldenkrais, M. (1972). *Autoconciencia por el movimiento*. Barcelona: Paidós.
- Fernández, A. y Mas, J. (1993). *Guía para el uso de psicofármacos*. Madrid: Idepsa.
- Fink, P. y Tasman, A. (1992). *Stigma and mental illness*. Washington: American Psychiatric Press.
- Fitzpatrick, R. (1990). *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica. (Orig. 1984.)
- Fowler, D., Garety, P. y Kuipers, E. (1995). *Cognitive behaviour therapy for psychosis*. Nueva York: Wiley.
- García, M. (1995). *Entrenamiento de habilidades psicocorporales en la vejez*. Salamanca: Amaru Ediciones.
- Goffman, E. (1986). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu. (Orig. 1963.)
- Goldman, C. (1988). Toward a definition of psychoeducation. *Hospital and Community Psychology*, 39, 666-667.
- Goldman, C. y Quinn, F. (1988). Effects of a patient education program in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychology*, 39, 282-286.
- Goldstein, M., Hand, I. y Hahlweg, K. (1986). *Treatment of schizophrenia, family assessment and intervention*. Nueva York: Springer-Verlag.
- González, E. (1993). *Psicofarmacología aplicada*. Barcelona: Organon Española.
- Gordon, R. y Gordon, K. (1989). A program of modular psychoeducational skills training for chronic mental patients. En L. L'Abate y M. A. Milan (dirs.), *Handbook of social skills: training and research*. Nueva York: Wiley.
- Guze, B., Richeimer, S. y Szuba, M. (1992). *Guía farmacológica en psiquiatría*. Nueva York: Mosby Year Book, Wolfe Publishing.
- Hamilton, H. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hammer, E. (1969). *Test proyectivos gráficos*. Barcelona: Paidós.
- Hammer, M. (1981). Social supports, social networks and schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 45-57.
- Hatfield, A. y Lefley, H. (1987). *Families of the mentally ill. Coping and adaptation*. Nueva York: Guilford.
- Hatfield, A. (1990). *Family education in mental illness*. Nueva York: Guilford.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. y Clark, D. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems. A practical guide*. Oxford: Oxford Medical Publications.
- Jacobson, E. (1961). *Aprenda a relajarse*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora.
- Kay, D. (1986). Assessment of familial risks in schizophrenia and their application in genetic counselling. En A. Kerr y P. Snaith (dirs.), *Contemporary issues in schizophrenia*. Londres: Gaskell.
- Kickbush, I. (1986). Life styles and health. *Social Science and Medicine*, 22, 2.
- Kuipers, L. y Bebbington, P. (1990). *Working in partnership*. Oxford: Heinemann Medical Books.
- Kuipers, L., Leff, J. y Lam, D. (1992). *Family work for schizophrenia. A practical guide*. Londres: Gaskell.
- Laffal, J., Brown, M., Pearlman, L. A. y Burns, G. L. (1983). Therapeutic education of psychiatric inpatients in a classroom setting. *Quarterly Review Bulletin*, julio, 190-195.
- Laing, R. (1982). *El yo y los otros*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lazarus, A. (1980). *Terapia conductista. Técnicas y perspectivas*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1971.)
- Leff, J. y Vaughn, C. (1980). The interaction of life events and relative's expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 136, 146-153.
- Leff, J. y Vaughn, C. (1985). *Expressed emotion in families*. Nueva York: Guilford.
- Liberman, R. P. (1985). *Social and Independent Living Skills. Medication Management Module*. Los Angeles, Ca: Camarillo State Hospital.
- Liberman, R. P. (1986). Coping and competence as protective factors in the vulnerabi-

- lity-stress model of schizophrenia. En M. Lickey y B. Gordon (dirs.), *Medicamentos para las enfermedades mentales*. Barcelona: Labor.
- Lieberman, R. P. (1993). *Rehabilitación integral del enfermo mental crónico*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1988.)
- Magaro, P. (1991). *Cognitive bases of mental disorders*. Beverly Hills, Ca: Sage.
- Marneros, A., Andreasen, N. y Tsuang, M. (1991). Negative versus positive schizophrenia. Nueva York: Springer-Verlag.
- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1981.)
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima. Evaluación y mejora*. Barcelona: Martínez Roca.
- Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación del estrés*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig.: 1985.)
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1991). *Cómo facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Murray, T. y Reveley, A. (1986). Genetic aspects of schizophrenia: overview. En A. Kerr y P. Sanith (dirs.), *Contemporary issues in schizophrenia*. Londres: Gaskell.
- Neufeld, R. (1984). *Psicopatología y estrés*. Barcelona: Toray.
- Osgood, C. E., Succi, G. y Tannebaum, P. (1976). *La medida del significado*. Madrid: Gredos.
- Otero, V. y Rebolledo, S. (1992). Evaluación de un programa de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquis*, 13, 135-142.
- Ozámiz, J. (1987). Estilos de vida y salud mental. En J. Ozámiz (dir.), *Psicosociología de la salud mental*. San Sebastián: Tartalo.
- Palmer, P. y Alberti, M. (1992). *Autoestima*. Valencia: Promolibro.
- Perris, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. Londres: Cassell.
- Pilsecker, C. (1981). On educating schizophrenics about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7, 379-382.
- Rebolledo, S. y Lobato, M. (1994). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Guía para las familias*. Madrid: Fundación ONCE.
- Rebolledo, S. y López de Heredia, N. (1990). Psicoeducación de pacientes esquizofrénicos y sus familias. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 17, 92-100.
- Rebolledo, S. y Pastor, A. (1991). Programa y recursos de los dispositivos de rehabilitación psiquiátrica. *Psiquiatría Pública*, 3, 204-214.
- Rochon, A. (1991). *Educación para la salud. Guía práctica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel. (Orig.: 1994.)
- Ruiz, A. (1992). *Cómo ayudarse a uno mismo*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1992.
- Ruiz-Vargas, J. (1987). *Esquizofrenia, un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Sánchez, P. y Ruiz-Vargas, J. (1987). Vulnerabilidad a la esquizofrenia. En J. Ruiz Vargas, *Esquizofrenia, un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza Universidad.
- Salleras, L. (1985). *Educación sanitaria. Principios, métodos, aplicaciones*. Madrid: Díaz de Santos.
- Schaff, T. (1973). *El rol de enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Scharfetter, C. (1979). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.

- Straube, E. y Hahlweg, K. (1990). *Schizophrenia. Concepts, vulnerability and intervention*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Strauss, J., Böker, W. y Brenner, H. (1987). *Psychosocial treatment of schizophrenia*. Berlín: Hans Huber Publisher.
- Thorton, J., Plummer, E. y Seeman, M. (1982). The family's reaction to schizophrenic illness. *International Journal of Family Psychiatry*, 3, 33-44.
- Watt, D. (1982). A search for generic linkage in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 142, 532-537.
- Weisinger, H. (1988). *Técnicas para el control del comportamiento agresivo*. Barcelona: Martínez Roca.
- Wolpe, J. (1978). *Psicoterapia por inhibición recíproca*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Zazzo, R. (1971). *Manual para el examen psicológico del niño*. Madrid: Fundamentos.
- Zubin, J. (1980). Chronic schizophrenia from the standpoint of vulnerability. En C. Baxter y T. Melnechuk (dirs.), *Perspectives in schizophrenia research*. Nueva York: Raven.
- Zubin, J., Magaziner, J. y Steinhauer, S. (1983). The metamorphosis of schizophrenia from chronicity to vulnerability. *Psychological Medicine*, 13, 551-571.
- Zubin, J. y Spring, B. (1977). Vulnerability: a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.
- Zubin, J. y Steinhauer, S. (1981). How to break the logjam in schizophrenia: a look beyond genetics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 477-492.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Aldaz, J. A. y Vázquez, C. (dirs.) (1996). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.
- Birchwood, M. (1995). Esquizofrenia. En V. E. Caballo, G. Buéla-Casal y J. A. Carrolles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1*. Madrid: Siglo XXI.
- Birchwood, M. y Tarrier, N. (1995). *Tratamiento psicológico de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel. (Orig.: 1994.)
- Rebolledo, S. (1993). El programa de rehabilitación en los servicios de salud mental. *SISO/SAUDE. Boletín de Asociación Galega de Saude Mental*, monográfico nº 5.
- Rebolledo, S. y Lobato, M. (1994). *Cómo afrontar la esquizofrenia. Guía para las familias*. Madrid: Fundación ONCE.
- Roder, V., Brenner, H. D., Hodel, B. y Kienzle, N. (1996). *Terapia integrada de la esquizofrenia*. Barcelona: Ariel. (Orig.: 1994.)

21. TERAPIA COGNITIVA PARA LAS ALUCINACIONES Y LAS IDEAS DELIRANTES

CHRIS JACKSON y PAUL CHADWICK

I. INTRODUCCIÓN

En años recientes se ha producido una progresiva insatisfacción entre los clínicos e investigadores sobre el empleo de categorías diagnósticas amplias como la esquizofrenia (Costello, 1993; Bentall, Jackson y Pilgrim, 1988). El mayor conocimiento de los procesos cognitivos normales (Brewin, 1988) y la aplicación de la psicoterapia cognitiva a un amplio rango de trastornos clínicos (Hawton *et al.*, 1989), han motivado un aumento del interés por el estudio y tratamiento de los síntomas psicóticos en sí mismos (Bentall, 1994; Chadwick y Lowe, 1990; Tarrier, 1992). En el presente capítulo describimos nuestra propia investigación y práctica clínica en el establecimiento de un enfoque cognitivo para la comprensión y el control de las ideas delirantes y las alucinaciones auditivas.

II. UN ENFOQUE COGNITIVO DE LAS ALUCINACIONES AUDITIVAS

Aunque las alucinaciones pueden ocurrir bajo distintas modalidades, incluyendo las visuales, táctiles y olfativas, en una revisión de 15 estudios con personas que padecían una psicosis funcional, Slade y Bentall (1988) observaron que, en promedio, las alucinaciones auditivas se encontraron presentes en el 60% de los pacientes. Esto se puede comparar con sólo el 29% que experimentaba alucinaciones visuales que, en general, se considera que están más asociadas a los síndromes cerebrales orgánicos (Goodwin, 1971). Por estas razones y por la falta de espacio, esta revisión se centrará en el trabajo con personas que padecen alucinaciones auditivas ("voces").

Las alucinaciones auditivas se han asociado tradicionalmente con el diagnóstico de esquizofrenia. En el estudio piloto sobre la esquizofrenia de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1973), el 73% de las personas que sufría un episodio agudo de esquizofrenia informó sobre alucinaciones auditivas. Este tipo de alucinaciones pueden sufrirlas también individuos que han padecido abusos sexuales, que han perdido un ser querido, y sujetos diagnosticados con un trastorno maniaco-depresivo o una psicosis afectiva. En realidad, teniendo en cuenta que es una característica de muchos trastornos diferentes, se ha duda-

All Saints Hospital, Birmingham y Royal South Hants Hospital, Southampton (Reino Unido), respectivamente.

do de la importancia diagnóstica de las alucinaciones auditivas (Asaad y Shapiro, 1986).

Además, parece que las alucinaciones auditivas no están limitadas a grupos clínicos. Pueden también manifestarlas individuos que, aunque muestran señales de un trastorno clínico específico, presentan síntomas insuficientes para poder hacer un diagnóstico firme (Cochrane, 1983). De nuevo, parece que bajo condiciones de laboratorio muchas personas normales revelan una propensión a contar que oyen sonidos que no existen, lo que incita a los investigadores a especular que la inclinación a tener alucinaciones pudiera ser una predisposición repartida por toda la población (Slade y Bentall, 1988). Las opiniones actuales en psicología parecen aceptar la posibilidad de que las alucinaciones se encuentran en un continuo con la normalidad (Strauss, 1969).

Las alucinaciones auditivas pueden ser un ruido, música, palabras sueltas, una frase breve o toda una conversación. El presente capítulo se centra únicamente en las voces, es decir, en las alucinaciones que se experimentan como si alguien estuviera hablando. La experiencia de oír voces es tan potente que provoca una reacción. Sin embargo, la experiencia es también muy personal. Aunque se sabe que una primera reacción común a las voces es la perplejidad (Maher, 1988), los individuos desarrollan diferentes formas de interacción con sus voces. Por ejemplo, algunas personas las experimentan como extremadamente amenazantes y de temor y que juran y les gritan. Por el contrario, otros sujetos podrían oír voces que les tranquilizan y les divierten y realmente buscan el contacto con ellas. En el caso de las voces imperativas, muchos individuos se resisten desesperadamente a las órdenes y las cumplen solamente en los momentos de gran presión, mientras que otros las acatan voluntaria o totalmente.

Esta variedad en la forma en que se relacionan las personas con sus voces ilustra la cuestión de que las voces no constituyen necesariamente un problema para el individuo que las tiene —en realidad es bastante frecuente que los individuos crean que sus voces son una solución a un problema. Esto a su vez dirige la atención hacia el tema de que la perturbación grave asociada con las voces, al igual que sucede con tantos otros síntomas, tiende a plasmarse en la forma en que un individuo se siente y se comporta. La gente que oye voces generalmente son remitidos a nuestro servicio porque están desesperados, deprimidos, iracundos, indefensos, aislados, tienen tendencias suicidas, se hacen daño a sí mismos, son violentos, etc. Esta cuestión se encuentra implícita en los enfoques tradicionales de tratamiento, que normalmente han tratado de disminuir el malestar y modificar la conducta (p. ej., métodos de reducción de la ansiedad, procedimientos de castigo), así como eliminar la experiencia alucinatoria (medicación, tapones en los oídos, auriculares). Esos tratamientos se basaban en la premisa de que el afecto y la conducta de afrontamiento de un individuo determinado surgen necesariamente de la naturaleza de su alucinación (p. ej., Benjamin, 1989).

Sin embargo, esta explicación puede ser demasiado simple. La investigación ha mostrado cómo las voces con contenidos similares pueden provocar conductas distintas de afrontamiento (Tarrier, 1992). Igualmente, un estudio original de Romme y Escher (1989) ha revelado que las voces no suelen provocar una reacción lo suficientemente fuerte para hacer que el individuo busque la ayuda de

los servicios médicos, incluso cuando el contenido llega a ser muy grave. Parecería que la naturaleza y la fuerza de la respuesta de un individuo a las voces están mediadas por procesos psicológicos.

Plantecemos que el grado de temor, aceptación y cumplimiento mostrado ante las voces podría estar mediado por *creencias* sobre el poder y la autoridad de aquéllas, las consecuencias de la desobediencia, etc. (Chadwick y Birchwood, 1994). Por ejemplo, un individuo que cree que la voz proviene de un espíritu poderoso y vengativo puede estar aterrorizado por la misma y acatar sus órdenes de hacer daño a los demás; sin embargo, si se creyese que dicha voz es generada por uno mismo, sería poco probable que se produjera terror y obediencia.

En otras palabras, las voces pueden considerarse desde una perspectiva cognitiva. La característica definitoria del modelo cognitivo, dentro de la psicología clínica, es la premisa de que los sentimientos y la conducta de la gente están mediados por sus pensamientos y que, por lo tanto, no son consecuencias inevitables de acontecimientos antecedentes, como una alucinación auditiva.

II.1. La aplicabilidad del modelo cognitivo a las voces

Para que la perspectiva cognitiva sea aplicable a las voces se tienen que confirmar dos hipótesis. La una es que el modelo cognitivo explique por qué los individuos responden de forma diferente a sus voces; de modo específico, las respuestas afectivas y conductuales tienen que entenderse en referencia a las diferencias en las *creencias* que los individuos mantienen sobre sus voces. En segundo lugar, el modelo cognitivo tiene que aumentar nuestra comprensión sobre las voces. Es decir, si las diferencias en el contenido de las voces se explican por los diversos sentimientos y conductas de la gente, entonces el modelo cognitivo sería superfluo desde un punto de vista explicativo (aunque podría seguir teniendo importantes implicaciones estratégicas para el tratamiento).

En un experimento reciente (Chadwick y Birchwood, 1994), encontramos apoyo para las dos hipótesis anteriores. Entrevistamos a 26 personas que habían oído voces durante al menos dos años, con el fin de evaluar sus respuestas conductuales, cognitivas y afectivas a las voces persistentes. Todos los participantes satisfacían los criterios del *DSM-III-R* para la esquizofrenia o el trastorno esquizoafectivo (APA, 1987). Todos, excepto uno, recibían medicación neuroléptica en el All Saints Hospital, en Birmingham; uno de los pacientes estaba internado en el hospital y el resto eran pacientes ambulatorios. Todos se prestaron voluntariamente para el estudio.

La información se recogió empleando una entrevista semiestructurada. Ésta incluía las propiedades formales de las voces, incluyendo el contenido; las creencias sobre la identidad, el poder y el propósito de las voces y sobre las consecuencias de la obediencia; los síntomas secundarios que, según se pensaba, mantenían las creencias; otras evidencias confirmatorias y la influencia sobre la voz. Las pruebas confirmatorias se referían a sucesos reales que se percibían sosteniendo a una creencia; por ejemplo, la creencia de que las voces proporcionan buenos consejos se fortalecería si el obedecer una orden lleva a una conse-

cuencia deseada. La influencia se concretaba en si el individuo podía determinar la aparición y desaparición de la voz y podía dirigir lo que decía. Se provocaban también respuestas conductuales y afectivas. Llevaba normalmente más de una entrevista el recoger toda la información relevante.

11.2. *Creencias sobre las voces: omnipotencia, malevolencia y benevolencia*

Se creía que todas las voces eran extraordinariamente poderosas, u omnipotentes, y esta creencia parecía apoyarse en cuatro tipos de pruebas. En primer lugar, 19 sujetos (73%) informaban de síntomas secundarios que contribuían a la sensación de omnipotencia. Por ejemplo, a un hombre su voz le ordenaba matar a su hija; recordaba una ocasión en la que ella estaba al lado de una ventana abierta y sintió que su cuerpo se movía hacia ella. Otro hombre oía una voz que le decía que era hijo de Noé y, de vez en cuando, cuando oía esa voz, experimentaba alucinaciones visuales en las que se encontraba vestido con una túnica blanca y paseaba sobre el agua. En segundo lugar, 11 personas (42%) ofrecieron ejemplos de cómo atribuían sucesos a sus voces y luego citaban esos acontecimientos como una prueba del gran poder de las voces. Así, aunque dos sujetos se cortaron las muñecas por su propia voluntad, ambos dedujeron posteriormente que las voces, de alguna manera, les habían obligado a hacerlo. Igualmente, un hombre atribuyó a sus voces satánicas la responsabilidad de haber jurado en voz alta en la iglesia. En tercer lugar, 21 personas (81%) eran incapaces de influir sobre la aparición y desaparición de sus voces o de lo que decían, lo que era también representativo del poder de las voces.

Finalmente, todas las voces dieron la impresión de saber todo sobre las historias pasadas de la gente, de sus pensamientos, sentimientos y acciones presentes y de lo que el futuro les deparaba. Con frecuencia, las voces se referían a conductas y a pensamientos de una elevada naturaleza personal y emotiva, como una acción criminal o una debilidad personal, que el sujeto temía que los demás supieran. Debido quizás a esta falta de privacidad, los individuos atribuían a menudo más conocimientos a la voz que al contenido que manifestaba realmente; por ejemplo, se pensaba que afirmaciones generales como «Sabemos todo sobre ti» se referían a acciones específicas. Lógicamente, esta apariencia de omnisciencia hacía que muchos individuos se sintieran expuestos y vulnerables.

Sin embargo, debido a que en nuestra muestra se encontraba omnipresente una creencia de omnipotencia, no servía para explicar las diferencias de la conducta y del afecto. Con base en sus creencias sobre la identidad y el propósito de las voces, la gente consideraba a éstas como *malevolentes* o *benevolentes*. Trece personas creían que su voz (o sus voces) era(n) malevolente(s). Las creencias sobre la malevolencia podía tener dos formas: o la voz era un castigo por una mala acción o bien era una persecución no merecida. Por ejemplo, un hombre creía que el Diablo le estaba castigando por haber cometido un homicidio y otro hombre pensaba que un antiguo jefe suyo le estaba persiguiendo sin una buena razón. Seis personas creían que sus voces eran benevolentes. Por ejemplo,

una mujer creía que oía la voz de un profeta que la estaba ayudando a ser una mejor madre y esposa y un hombre pensaba que las voces provenían de Dios y trataban de ayudarle a desarrollar un poder especial. Cuatro personas creían que oían una mezcla de voces benevolentes y malevolentes; paradigmático de este grupo era el caso de un hombre que era atormentado por un grupo de malvados viajeros del espacio, por una parte, y estaba protegido y cuidado por un ángel guardián, por la otra.

Tres personas no tenían certeza sobre sus voces debido a la inconsistencia o incongruencia de lo que decían. La *incertidumbre* se caracterizaba por una importante duda sobre la identidad, el significado o el poder de las voces, donde esta duda era resultado de la deducción de la persona. Por ejemplo, un hombre estaba seguro de que sus voces le querían ayudar, pero observaba que ellas hacían que las cosas fueran a peor: querían que se matase y pasase a otra vida mejor, pero su religión le decía que el suicidio era pecado y que aquellos que se suicidan van al infierno.

11.3. *La conexión entre las creencias, la conducta de afrontamiento y el afecto*

Las respuestas conductuales y emocionales a las voces se organizaban en tres categorías. El *compromiso* incluía conducta de cooperación (p. ej., escucha y obediencia voluntarias, búsqueda de contacto con las voces, intento de que se presenten) y afecto positivo (p. ej., alegría, seguridad, diversión). La *resistencia* incluía conducta combativa y de resistencia (p. ej., discusión, jurar y gritar en contra de forma manifiesta y encubierta, desobediencia u obediencia reacia cuando la presión es extrema, evitación de los estímulos que desencadenan las voces y distracción) y afecto negativo (p. ej., temor, ansiedad, ira, depresión). La *indiferencia* se definía como la falta de implicación con la voz. En un estudio anterior (Chadwick y Birchwood, 1994), encontramos que las voces que se consideraban como malevolentes se resistían, mientras que se aceptaban las voces benevolentes.

Con el fin de establecer la fiabilidad y la validez de estos conceptos, desarrollamos un *Cuestionario de creencias sobre las voces (Beliefs about voices questionnaire, BAVQ)* de 30 ítems (véase apéndice 1) para medir la malevolencia (6 ítems), la benevolencia (6 ítems), la resistencia (9 ítems), el compromiso (8 ítems) y el poder (1 ítem). Un análisis estadístico llevado a cabo sobre los resultados de una muestra preliminar de 60 sujetos que rellenaron el cuestionario mostró que el BAVQ era fiable y válido (véase Chadwick, Birchwood y Trower, 1996) y se han establecido directrices provisionales para la puntuación con el fin de definir la malevolencia (una puntuación de cuatro o más), la benevolencia (tres o más), compromiso (cinco o más) y resistencia (seis o más). Los datos de este estudio apoyan firmemente las conexiones que hemos propuesto entre la malevolencia y la resistencia, por una parte, y la benevolencia y el compromiso, por otra (véase cuadro 21.1).

CUADRO 21.1. *Conexiones entre la malevolencia, la benevolencia, el compromiso y la resistencia*

	Resistencia	Compromiso	Ninguno	Ambos
Malevolente (n = 26)	17 (66%)	2 (8%)	3 (11%)	4 (15%)
Benevolente (n = 17)	0	13 (76%)	3 (18%)	1 (6%)
Neutral (n = 16)	3 (19%)	4 (25%)	8 (50%)	1 (8%)

II.4. *La conexión entre malevolencia, benevolencia y el contenido de las voces*

Habiendo encontrado que las diferencias en el malestar y en la conducta de afrontamiento se hacían comprensibles por referencia a las creencias sobre la malevolencia y la benevolencia, tenía que demostrarse que el contenido de las voces no podía explicar estas diferencias con la misma claridad. En otras palabras, la distinción entre malevolencia y benevolencia necesitaba decir algo sobre el mantenimiento de las voces que no podía decirse inspeccionando solamente el contenido de las mismas.

Queda claro que hay una conexión entre el contenido de las voces y la conducta y los sentimientos correspondientes de la persona y, por consiguiente, que en muchos casos la resistencia y el compromiso podrían haberse predicho sobre la base del contenido. Sin embargo, el tipo de creencia no siempre era comprensible a la luz únicamente del contenido de la voz —es decir, en 8 casos (31%) las creencias parecían no concordar con lo que decía la voz. Se pensaba que dos voces con contenido benevolente eran malevolentes; por ejemplo, una de estas voces urgía simplemente al individuo que «tuviera cuidado», que «vigilara por donde iba», y que «cuidara cómo iba». Lo contrario también era cierto; dos voces ordenaban a sus oyentes que se suicidaran, pero ambos creían que dichas voces eran benevolentes. Tres voces ordenaban a sus oyentes que asesinaran (en dos casos a familiares cercanos) y aun así creían que eran benevolentes. Algo aún más sorprendente es que en el caso de la voz de una mujer aquella se identificaba a sí misma como proveniente de Dios, pero la mujer no lo consideraba así y creía que era una fuerza maligna.

En resumen, hemos encontrado que el significado que los individuos asignan a sus voces hace comprensible su afecto y la conducta de afrontamiento; cuando las creencias no se tienen en cuenta, muchas respuestas parecen incomprensibles o incongruentes (véase también Strauss, 1991).

II.5. *Terapia cognitiva para las voces*

El enfoque cognitivo dentro de la psicología clínica (p. ej., Trower, Casey y Dryden, 1988) supone, en primer lugar, que la conducta y los sentimientos extremos (p. ej., depresión y suicidio) son consecuencias de creencias determinadas (p. ej., «No valgo nada») en vez de acontecimientos (p. ej., divorcio) y, en segundo lugar, que si esas creencias se debilitan por medio de la terapia cognitiva, entonces disminuirán el malestar y el estrés asociados. Aunque aplicada normalmente a trastornos no psicóticos (Hawton *et al.*, 1989), las investigaciones más recientes indican que la terapia cognitiva tiene un papel que jugar en el control de la esquizofrenia (véase Birchwood y Tarrrier, 1992) y de las ideas delirantes (Chadwick y Lowe, 1990).

Los tratamientos tradicionales para las voces han intentado disminuir la experiencia alucinatoria (p. ej., medicación, taponos para los oídos) o sus consecuencias (p. ej., métodos para la reducción de la ansiedad, procedimientos de castigo). El propósito de emplear la terapia cognitiva para las voces es suavizar el malestar y la conducta problemática reduciendo las creencias sobre la omnipotencia, la malevolencia o benevolencia, y la obediencia. La importancia potencial de este nuevo enfoque es considerable, ya que incluso el tratamiento más eficaz para las voces, la medicación neuroleptica, no modifica en absoluto muchas de las mismas (Slade y Bentall, 1988).

La terapia cognitiva que empleamos para la gente que oye voces se apoya notablemente en el trabajo de Beck (Beck *et al.*, 1979; Hole, Rush y Beck, 1973), aunque hemos considerado necesario adaptar y desarrollar modificaciones en la terapia cognitiva tradicional con el fin de ayudar de modo eficaz y cooperativo a los individuos que oyen voces.

Hemos observado que puede ser difícil que la gente se implique en la terapia cognitiva para las voces, debido a sus fuertes emociones y creencias sobre las mismas. Por consiguiente, hemos desarrollado una serie de estrategias para facilitar el compromiso y la confianza. Una de esas estrategias consiste en emplear nuestro conocimiento sobre las conexiones entre la malevolencia, la benevolencia, la resistencia y el compromiso con el fin de anticipar cómo es probable que se sienta, piense y se comporte un individuo con respecto a la voz. Este conocimiento parece producir en los individuos una sensación de alivio. Siempre informamos a los pacientes que pueden abandonar la terapia en cualquier punto sin que sufran ninguna penalización y esto puede reducir también la ansiedad y facilitar el compromiso. Los sujetos pueden conocer a otras personas con alucinaciones y observar en un vídeo individuos que han terminado la terapia con éxito y que hablan de su experiencia; el descubrimiento de que otras personas tienen problemas similares —“la universalidad” (Yalom, 1970)— constituye un importante proceso terapéutico.

En un principio se definen las creencias centrales junto con las pruebas empleadas para mantenerlas, y discutimos de qué manera cualquier malestar y perturbación atribuidos a las voces es realmente una consecuencia de las creencias que sostiene el individuo. Insistimos en que los sujetos son libres de seguir man-

teniendo sus creencias y que pueden abandonar la terapia en el momento que lo deseen; la atmósfera es de «empirismo colaborador» (Beck *et al.*, 1979), considerándose a las creencias como posibilidades que pueden ser o no razonables.

El cuestionamiento de la veracidad de unas creencias implica el empleo de técnicas cognitivas estándar (véase Chadwick y Lowe, 1990). En un primer momento, se cuestionan las pruebas de cada creencia; este proceso empieza con las evidencias que el individuo considera menos importantes y continúa hasta las más importantes. Luego, el terapeuta cuestiona la creencia directamente. Esto implica señalar, primero, ejemplos de inconsistencia e irracionalidad y, segundo, ofrecer una explicación alternativa de los acontecimientos. La alternativa es siempre que las creencias constituyen una reacción comprensible ante, y un intento de entender el sentido de, las voces. En nuestra experiencia, esto hace que la persona intente comprender el significado de las alucinaciones. Planteamos el concepto de que las voces son generadas por uno mismo e intentamos explorar la posible conexión, o significado personal, entre el contenido de las voces y la historia del individuo.

Empleamos dos enfoques para comprobar las creencias de forma empírica. Por una parte, tenemos un conjunto de procedimientos para poner a prueba la creencia generalizada de «No puedo controlar mis voces». En primer lugar, esto se reformula como «No puedo hacer que las voces aparezcan y desaparezcan». Luego el terapeuta plantea situaciones para aumentar y luego disminuir la probabilidad de oír voces. Una evaluación cognitiva inicial debería identificar las señales que sirven para provocar las voces y una técnica que tiene una elevada probabilidad de eliminar las voces de forma duradera es la *verbalización concurrente* (Birchwood, 1986). La persona aviva y reprime las voces varias veces con el fin de proporcionar una prueba completa.

En el caso de las demás creencias, se negocia la comprobación empírica entre el paciente y el terapeuta. Es esencial examinar previamente que las implicaciones de la prueba no confirmen la creencia si ésta debe ser modificada o adaptada, o si el paciente tiene lista una explicación de los resultados que deja intacta la creencia.

11.5.1. Planteamiento de un caso

R. P. era un técnico de laboratorio desempleado, de 43 años, con una larga historia psiquiátrica que se remontaba a 1979. Admitió haber oído voces durante los últimos 15 años y en el último período habían tenido lugar diariamente. Describió que las alucinaciones se presentaban en ráfagas de 45 a 60 minutos durante el día. Además de las voces, R. P. sufría de un estado de ánimo deprimido y de ideas delirantes secundarias. Le resultaba difícil salir de casa debido a sus ideas de referencia y a la ansiedad asociada. Había hecho tres intentos serios de quitarse la vida.

El contenido de las voces

R. P. oía dos grupos de voces a los que se refería como «bueno» y «malo». La voz «maligna» solía tratar temas sobre los que R. P. se sentía culpable, como la muerte de su abuelo (p. ej., «deberías haber estado allí») y el escaso apoyo que presta a su abuela cuando va a comprar comida (p. ej., «no le ayudas»). La voz «malvada» era también de menosprecio y a menudo le insultaba («no vales para nada», «eres un estúpido»), interpretando a menudo R. P. que provenía de desconocidos de la calle. Por el contrario, las voces «buenas» le «rescataban», diciéndole «no las escuches» y «estamos aquí para protegerte».

Las creencias sobre las voces

Identidad: R. P. creía que la voz «malvada» era masculina, muy poderosa y responsable de toda la «maldad del mundo». Por el contrario, pensaba que las voces buenas (una mezcla de voces masculinas y femeninas) habían sido enviadas por Dios para protegerle. En general, las voces «malvadas» se describían como las más dominantes de las dos.

Significado: R. P. creía que la voz malvada había sido enviada «para frustrarle, para hundirle y arruinar su salud mental». Las voces buenas estaban allí para «animarle, ayudarle y apoyarle». Pensaba que no tenía *control* sobre ninguna de las voces y era incapaz de influir en su aparición o desaparición. Las voces le habían dicho a veces, durante el período de línea base, que se matara («¿por qué no acabas con todo?»), pero él no había obedecido. Sin embargo, creía que las voces malvadas le estaban influyendo notablemente y como consecuencia mantenía una serie de pensamientos de autoevaluación negativos («Soy un inútil», «Soy malo») con una convicción más o menos absoluta.

El afecto y la conducta

Las voces malvadas omnipotentes tenían un profundo impacto en R. P., haciéndole sentirse amenazado, ansioso y deprimido cuando le hablaban. Las voces «buenas» no siempre eran capaces de contrarrestar esta influencia. Cuando se encontraba fuera de casa se comportaba de forma paranoide e hipervigilante y a veces sufría ataques de pánico. Por consiguiente, evitaba salir salvo que fuera absolutamente necesario, convirtiéndole en una persona socialmente aislada.

La terapia cognitiva

El primer autor de este trabajo vio a R. P. en casa cada dos o tres semanas. Las sesiones duraban aproximadamente una hora de promedio. A lo largo de un período de 5 meses, se le vio en 8 ocasiones.

El compromiso

Se planteó un programa de empirismo colaborador. El primer autor del trabajo fue presentado a R. P. por la asistente social encargada de su caso. Se llevó a cabo una evaluación y se negociaron los objetivos de la intervención. Se puso el énfasis en la reducción del malestar producido por la voz malvada, algo muy diferente a la eliminación o desaparición de las alucinaciones.

El cuestionamiento

El acontecimiento activante (A) para R. P. era la presencia de la alucinación auditiva que denominaba la voz "maligna". La voz era desencadenada normalmente por ruidos como puertas que se cierran dando un portazo, el "estrés" y/o el hablar sobre la voz (ésta se encontraba normalmente presente durante las sesiones). La voz malvada hizo surgir finalmente la creencia (B) de que R. P. era un "inútil" y un "fracasado", lo que a su vez le hacía sentirse ansioso y deprimido (C). Esto se puede ver en el cuadro 21.2.

CUADRO 21.2. Modelo cognitivo de la experiencia alucinatoria de R. P.

Antecedente (A)	Creencias (B)	Consecuencias (C)
La puerta se cierra de golpe y desencadena una voz "malvada" que le dice a R. P. que es un "fracasado" y un individuo "sin valía"	R. P. cree que la voz es externa y está diciéndole la verdad. Como consecuencia está convencido de que es un individuo fracasado y sin valía.	Deprimido y ansioso.

Con el fin de cuestionar esta creencia y generar otras alternativas ("alternative Beliefs" [aB]), se planteó a R. P. que esas creencias eran hipótesis y no verdades obvias. Se sugirió también que cuando alguien dijera algo no tenía por qué ser verdad (se proporcionó un ejemplo neutro). El terapeuta y R. P. discutieron posibles alternativas a la idea de que estas voces fueran "reales". Se quitó importancia al modelo médico del trastorno en favor de una discusión sobre el significado personal de las voces. R. P. recordaba haber tenido siempre una sensación de fracaso porque creía que había defraudado a los demás, especialmente a su padre. Todos sus hermanos eran profesionales y tenían trabajos de un estatus elevado. R. P. aceptó esa idea y la admitió como una explicación viable de la voz malvada.

La comprobación

Durante la entrevista de evaluación, R. P. había mencionado que había sido capaz en el pasado de controlar la actividad de la voz malvada por medio del empleo de un aparato de casete personal (un "walkman"), pero que se había es-

tropeado hacía tiempo. Se le proporcionó uno nuevo y en dos semanas la creencia de que las voces "malvadas" eran muy poderosas y tenían el control total decayó desde un 100 a sólo un 40%; finalmente esta creencia fue rechazada totalmente y las voces perdieron su sensación de omnipotencia.

Los resultados

La convicción, por parte de R. P., sobre sus creencias depresogénicas de inutilidad y fracaso disminuyó notablemente. La consecuencia de esto fue un aumento en la autoestima y una reducción de la ansiedad y de los síntomas de depresión. Se sentía más capaz y estaba más dispuesto a aventurarse a salir (cuando las voces eran más perturbadoras) y en un momento dado fue capaz de irse de vacaciones con su madre. Como se mencionó anteriormente, estaba menos convencido del poder de la voz malvada y, por consiguiente, se sentía menos amenazado y asustado por ella.

R. P. seguía creyendo que sus voces eran externas y que intentaban destruirle (convencido por la realidad de la voz), pero, a diferencia de antes, era más capaz de mantener un punto de vista neutral sobre las mismas. Es decir, ya no volvió a dar por sentado que eran reales. Sólo se trataba de su teoría o hipótesis. Reconoció que podía haber otras explicaciones para las alucinaciones.

De este modo, aunque la terapia cognitiva tuvo una influencia directa sobre la creencia de control, el impacto sobre sus creencias de identidad y significado no fue tan grande. Puede que un cambio pequeño en estas dos clases de creencias fuera lo más normal y es posible que no sea necesariamente un requisito para la disminución de los niveles de estrés. Esto necesita, obviamente, más investigación, pero ilustra de forma adecuada la cuestión de que el objetivo de la terapia cognitiva no es intentar convencer al paciente de la irracionalidad de sus creencias sobre si la voz es o no real, sino cuestionar las creencias que mantienen su malestar.

El significado personal de las voces

En nuestra experiencia, un componente básico de la terapia cognitiva para las voces es a menudo obtener el significado personal de las voces —es decir, establecer provisionalmente una conexión entre el contenido de la voz y las creencias, por una parte, y la historia del individuo por la otra. En realidad, en este capítulo hemos planteado que las voces son una experiencia poderosa, una experiencia que los individuos se sienten obligados a entender. Las creencias sobre las voces son el resultado de este empeño y conllevan la fuerza psicológica de reducir una sensación de perplejidad e incomodidad. Nuestra experiencia nos dice que aunque muchos individuos sean capaces de reconocer que todas o algunas de sus creencias sobre las voces estén equivocadas, sigue existiendo la cuestión de intentar comprender el hecho de que están sufriendo alucinaciones.

Una posible respuesta que se presenta ante el terapeuta es etiquetar a la voz como una señal de "enfermedad". Sin embargo, existen razones para no hacerlo. En primer lugar, conceptos como esquizofrenia no tienen una validez científica

clara (Bentall *et al.*, 1988). En segundo lugar, y quizás lo más importante, el atribuir las voces a la enfermedad es una explicación tan impersonal que raramente satisface a la gente. Lo que los individuos parecen valorar es la conexión provisional del contenido de sus voces con sus propias historias. Por ejemplo, en el caso de R. P., se sugirió que la voz podría dar pistas sobre los aspectos depresivos subyacentes. El planteamiento fue que las experiencias infantiles de R. P. establecieron una fuerte necesidad de conseguir el respeto de su padre y que, siendo ya adulto, había experimentado una sensación creciente de fracaso e inadecuación.

III. UN MODELO COGNITIVO PARA LAS IDEAS DELIRANTES

Nuestra terapia cognitiva para las voces es una adaptación específica de un enfoque general de la terapia cognitiva para las ideas delirantes (Chadwick y Lowe, 1994); es decir, intentamos reducir el malestar y la perturbación asociados a un tipo de ideas delirantes secundarias (p. ej., creencias de identidad, de significado, etc.) sobre un acontecimiento frecuente —una alucinación auditiva.

Hasta hace poco, las ideas delirantes han estado sujetas a relativamente poca investigación. Esto es sorprendente teniendo en cuenta la riqueza de los estudios que abordan la formación y mantenimiento de las creencias ordinarias y la estructura de dichas creencias (Tesser y Shaffer, 1990), así como el papel central que juegan las ideas delirantes en los sistemas de diagnóstico y en las definiciones generales de locura (Winters y Neale, 1983). Por ejemplo, las ideas delirantes han estado presentes siempre en la definición legal del trastorno mental (Sims, 1991).

Definir las ideas delirantes es francamente difícil. El enfoque tradicional se ha basado en establecer diferencias cualitativas entre las ideas delirantes y otras creencias. Así, la Asociación Psiquiátrica Americana ofrece la siguiente definición en la última edición de su *Manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV)* (APA, 1994):

Una creencia personal falsa que se basa en inferencias incorrectas sobre la realidad externa, creencia que se sostiene con firmeza a pesar de lo que creen casi todos los demás y a pesar de lo que constituye una prueba o evidencia obvia e indiscutible de lo contrario. La creencia no la aceptan normalmente los otros miembros de la cultura o subcultura a la que pertenece la persona [p. 765].

Pensando igual que otros autores (Garety, 1985; Harper, 1992), consideraremos estos criterios por partes. El definir una idea delirante como una «creencia falsa» se ha criticado en dos aspectos. En primer lugar, considerando el simple punto de vista de que la verdad y la falsedad son términos claros, las ideas delirantes no necesariamente serán falsas. Se podría decir que un individuo que cree (correctamente) que su pareja le es infiel tiene una idea delirante de celos si no tuviera buenas razones para hacer la acusación (Brockington, 1991). En segundo lugar, el definir la verdad y la falsedad es tan problemático que un pensador ha

concluido que «es casi inútil para un único clínico intentar juzgar si una creencia es una idea delirante por medio de la determinación de su grado de verdad» (Heise, 1988, p. 266).

El criterio de estar basada en la «inferencia incorrecta» se ha cuestionado también fuertemente; en realidad, una de las teorías más importantes sobre la formación de ilusiones plantea que las ideas delirantes son intentos *razonables* de explicar la experiencia anormal (Maher, 1988). La prueba más firme contra la proposición de Maher provino del descubrimiento de que la gente con ideas delirantes se guía por un razonamiento sesgado (véase Bentall, Kinderman y Kaney, 1994). Se ha encontrado que bajo ciertas condiciones experimentales, parece que la gente con ideas delirantes muestra sesgos en su estilo atribucional, en su juicio sobre la covariación y en su razonamiento probabilístico (Garety, 1991).

Sin embargo, esto plantea una serie de consideraciones. En primer lugar, es difícil a veces interpretar esos hallazgos acerca de la racionalidad. Por ejemplo, Huq, Garety y Hemsley (1988), utilizando una tarea neutral que requería que los sujetos hicieran inferencias sobre la razón probable de diferentes cuentas coloreadas en un jarra, investigaron el razonamiento probabilista de un grupo de gente con ideas delirantes, un grupo de pacientes psiquiátricos variados que no tenían ideas delirantes y un grupo control. Se encontró que la gente con ideas delirantes era quien requería que se sacasen menos cuentas de la jarra antes de formarse sus conclusiones y también quien expresaba más seguridad en sus decisiones, e incluso este «saltar a las conclusiones» se encontraba más cerca del razonamiento óptimo que la precaución manifestada por otros sujetos. Igualmente, no está siempre claro cómo se podrían aplicar los hallazgos específicos de los estudios análogos al pensamiento delirante. Por ejemplo, ¿cómo se podría establecer si las ideas delirantes están formadas sobre la base de menos información que, digamos, las creencias religiosas o las depresivas? En segundo lugar, las pruebas son para el sesgo, no para los déficit; podría inferirse razonablemente que el sesgo observado es una consecuencia de la conducta delirante, en vez de que la idea delirante fuese una consecuencia del sesgo.

El criterio de que se «sostenga con firmeza» cambia el centro de atención desde la formación al mantenimiento. La implicación es que todas las ideas delirantes se mantienen con una convicción inquebrantable y total (o casi total). Aunque esto puede ser cierto para muchas ideas delirantes (Chadwick y Lowe, 1990), no es verdad para todas ellas; Brett-Jones, Garety y Hemsley (1987) mostraron que puede que la convicción no sea ni mucho menos total y puede fluctuar de forma muy extrema. De nuevo, Harrow, Rattenbury y Stoll (1988) encontraron en una muestra de 34 personas diagnosticadas como esquizofrénicas, que incluso en el punto más álgido del trastorno, 6 individuos (18%) mostraban sólo una convicción parcial. Igualmente, sería extraño que las ideas delirantes no estuvieran firmemente establecidas, porque esto parece ser el *sine qua non* de las creencias básicas de cualquier clase.

El criterio de que las ideas delirantes son inmodificables, o totalmente insensibles a la razón, es quizás la noción más asociada con las ideas delirantes. Sin embargo, existen potentes razones empíricas para rechazar esta asociación. Un

número modesto de estudios, incluyendo los nuestros, comunican intentos de debilitar las ideas delirantes, con resultados generalmente favorables (Alford, 1986; Beck, 1952; Chadwick y Lowe, 1990; Chadwick *et al.*, 1994; Fowler y Morley, 1989; Hartman y Cashman, 1983; Hole *et al.*, 1973; Johnson, Ross y Mastria, 1977; Lowe y Chadwick, 1990; Milton, Patwa y Haffner, 1978). Sería más razonable afirmar que las ideas delirantes son difíciles de modificar, a veces diabólicamente difíciles. Esta posición reconocería que la clase de creencias denominadas ideas delirantes varía considerablemente a lo largo de una serie de dimensiones y alentaría el examen de multitud de factores que podrían influir sobre los resultados terapéuticos. Fomentaría también la exploración de si las ideas delirantes son más difíciles de modificar que las ideas políticas o religiosas, o que las principales ideas asociadas con el abuso sexual o con la anorexia, por poner algunos ejemplos.

El criterio final «a pesar de lo que creen casi todos los demás» se refiere al contenido poco habitual, o extraño, de las ideas delirantes. Éstas son creencias que no sostienen la gran mayoría del grupo del individuo. Sin embargo, puede cuestionarse por razones empíricas el empleo de esto como un punto de la definición, ya que la investigación ha demostrado lo difícil que es evaluar la «rareza» de las ideas delirantes (Kendler, Glazer y Morgenstern, 1983), y por razones conceptuales, debido a las arenas movedizas de lo que cree la gente en distintas culturas, grupos y períodos de la historia (Harper, 1992).

Otro enfoque para identificar las ideas delirantes, que retiene el carácter de la posición tradicional, consiste en proponer una definición disyuntiva. De esta manera, Oltmanns (1988) describe ocho características definitorias de las ideas delirantes y sugiere que ninguna se ha de ver como necesaria o suficiente. La investigación podría entonces empezar a resolver el tema de qué características son las más importantes. Una ventaja de esta estrategia es que reconoce las diferencias individuales y la necesidad de la investigación empírica. Sin embargo, si los criterios individuales no distinguen las ideas delirantes de otras ideas, entonces incluso una definición disyuntiva fracasaría en su propósito.

Se han cuestionado también los criterios tradicionales por un llamamiento radical y atractivo para definir a las ideas delirantes (y a las alucinaciones) como puntos de un continuo hacia la normalidad, posición en este continuo que está influida por dimensiones del pensamiento y de la conducta, como el grado de convicción de la creencia y el nivel de preocupación sobre la misma (Strauss, 1969). En vez de quitar importancia a las diferencias individuales y a la similitud con otras creencias, la perspectiva de Strauss las adopta y las eleva a la posición de características definitorias. Este punto de vista ha moldeado notablemente nuestra visión de las ideas delirantes y las alucinaciones.

En los últimos veinte años se ha producido un cambio en el énfasis, yendo de la discontinuidad a la continuidad, y de las diferencias cualitativas a las cuantitativas. Por ejemplo, se sabe que los individuos con ideas delirantes paranoides piensan y se comportan como pudieran hacerlo las personas normales.

III.1. Terapia cognitiva para las ideas delirantes

Brett-Jones *et al.* (1987), en nueve estudios de caso único, intentaron medir variables que describiesen la relación entre el que cree y la creencia. Encontraron que era posible evaluar la certeza, la preocupación por, y la interferencia conductual de, la idea delirante. Teniendo en cuenta también que había poca covariación entre las diferentes dimensiones, se podría hipotetizar que existen numerosos factores que podrían influir sobre los resultados terapéuticos.

Watts, Powell y Austin (1973) estudiaron las ideas delirantes de tres pacientes con esquizofrenia paranoide. Utilizando un estilo de no confrontación, estos autores abordaron primero aquellas partes de las ideas delirantes que se sostenían más débilmente. Se les pidió luego a los pacientes que considerasen un punto de vista alternativo para la idea delirante en vez de forzarles a tener uno determinado. Se utilizaron tantas pruebas como fue posible y se animó a los sujetos a reconocer los argumentos contra las ideas delirantes. El terapeuta respaldó y discutió aún más sobre dichos argumentos. Después de seis sesiones, los tres pacientes mostraron disminuciones significativas en la fuerza de las ideas delirantes, aunque ninguno de los sujetos las abandonó totalmente.

Como se señaló anteriormente, Watts *et al.* (1973) están en contra del empleo de la confrontación. Más apoyo a esta posición lo proporcionan Milton *et al.* (1978), quienes en una comprobación empírica advirtieron que la modificación de la creencia (según adaptación de Watts *et al.*, 1973) tenía beneficios superiores a los de la confrontación directa. Estos autores encontraron también que era más probable que la confrontación produjese un mayor aumento de la perturbación que un enfoque de no confrontación.

Apoyados en el modelo de Maher sobre las experiencias anómalas y en el enfoque de Beck de la terapia cognitiva, Chadwick y Lowe (1990, 1994) desarrollaron un enfoque cognitivo para medir y modificar las ideas delirantes, con el fin de conocer más sobre las contribuciones relevantes de dos intervenciones determinadas aplicadas en una atmósfera de empirismo colaborador (Beck *et al.*, 1979). De este modo, al igual que en la terapia cognitiva para las voces, en vez de decirles a los sujetos que estaban equivocados, se les animaba a que vieran sus ideas delirantes como sólo una posible interpretación de los acontecimientos y se les pedía que consideraran y evaluaran un punto de vista alternativo. De nuevo, y por las razones dadas anteriormente, se evitaron etiquetas como esquizofrenia o idea delirante.

Estimulados por estos avances, Chadwick y Lowe (1990, 1994) empezaron su fase de reto verbal cuestionando sólo la evidencia de la creencia y en un orden que estaba inversamente relacionado con su importancia para la idea delirante. Una parte integral de esta discusión implicaba que el terapeuta aclarase a los individuos cómo las creencias que se mantienen con firmeza pueden ejercer una profunda influencia sobre su conducta y su afecto. El terapeuta seguía luego cuestionando la creencia misma en tres etapas: en primer lugar, se señalaba y se discutía cualquier inconsistencia e irracionalidad; en segundo lugar, se ofrecía una explicación alternativa, es decir, que la idea delirante se formó en respuesta

a, y como una forma de tratar de explicar, determinadas experiencias (véase Maher, 1974); esto incluía a menudo la implicación de un síntoma principal, pero en algunos pacientes se postuló que la idea delirante era, en parte, una respuesta a acontecimientos importantes de la vida. Finalmente, a la luz de esta nueva información, se reevaluaban la interpretación del individuo y la alternativa del terapeuta.

Después del cuestionamiento verbal, el terapeuta y el paciente colaboraban para diseñar y llevar a la práctica una comprobación empírica de la creencia. Una permanente tradición de las terapias cognitivo-conductuales, como la terapia racional emotiva (TRE), ha sido fomentar el empleo de técnicas conductuales para respaldar y confirmar el cuestionamiento cognitivo inicial (Dryden, 1990). Beck *et al.* (1979) aludieron a este punto, mientras hablaban de la terapia cognitiva, comentando:

No existe una manera fácil de "convencer al paciente" de que sus conclusiones son débiles, inadecuadas o vacías [...]. Ayudando al paciente a cambiar ciertas conductas, el terapeuta puede demostrarle que sus conclusiones sobregeneralizadas negativas eran incorrectas [p. 118].

La característica principal de la comprobación de la realidad consiste en la planificación y realización de una actividad que pudiera invalidar la idea delirante, o parte de ella (Hole *et al.*, 1979). Beck *et al.* (1979) denominaron a estas actividades experimentos conductuales, indicando que se llevaban a cabo con el fin de comprobar hipótesis.

III.1.1. Un estudio de caso

D. D. era un hombre de 46 años con una historia de esquizofrenia y numerosos ingresos en el hospital que se remontaban a 1971. Devoto católico desde la infancia, D. D. estaba convencido al 100% que él era el "Hijo de Dios", a quien Dios le había encargado la tarea de «redimir las almas del infierno y al diablo y a sus ángeles». Como consecuencia de esto, y porque era el "Hijo de Dios", creía de forma intermitente que el equipo del hospital y los desconocidos eran robots humanos enviados a perseguirle y finalmente matarle, lo que naturalmente era muy estresante. Lejos de agraderle la responsabilidad de ser el "Hijo de Dios", D. D. consideraba esto un estorbo, y hablaba sobre el alivio que sentiría si le quitasen esa responsabilidad. Había mantenido esta idea delirante desde 1972. En el momento de la evaluación, no había pruebas de que estuviera alucinando y la medicación (clorpromazina, prociclidina) permanecía estable a lo largo de la línea base y de los períodos de intervención.

Las evaluaciones de la línea base a lo largo de un período de cuatro semanas indicaban que la convicción en su creencia de que era el "Hijo de Dios" era absoluta (es decir, 100%). Declaraba estar preocupado con dicha creencia 2 a 3 veces por día y negaba que hubiera ninguna evidencia durante el período de cuatro semanas que le hiciera modificar su creencia.

En una atmósfera de colaboración empírica, se le preguntó a D. D. sobre las pruebas que apoyaban su idea delirante. Se dividían en tres partes principales. En primer lugar, la aparición de la idea delirante tuvo lugar después de un período de psicosis aguda cuando contó que «Jesús le había hablado» diciéndole «ama a tus enemigos». La confirmación de que fue Jesús quien le habló provenía del hecho de que estas palabras aparecían en la Biblia.

Se le señaló a D. D. que «ama a tus enemigos» es una frase bastante común utilizada en ocasiones por un gran número de gente. Estuvo de acuerdo con esto. Se le preguntó también si pudiera haber otra posible explicación a sus experiencias. Sugirió que él «podía haber sido malo en esa época». El resultado de esto fue que, aunque mantenía su convicción del 100% en su creencia, empezó a dudar sobre la fiabilidad de esas evidencias.

La segunda prueba citada en favor de su idea delirante fue que la Biblia contenía una descripción del "Hijo de Dios" que D. D. pensaba que era una fiel imagen de sí mismo. La investigación de esta alegación reveló un inequívoco sesgo de confirmación y D. D. reconoció que seleccionó aquellas partes del texto que eran consistentes con su creencia e ignoró todas las demás. En esta fase, su idea delirante se debilitó aún más hasta el punto en que ahora tenía serias dudas sobre si su creencia era realmente cierta y su puntuación de convicción bajó al 55%.

Esta puntuación de su convicción bajó más después de cuestionar las inconsistencias de su prueba de que Dios le había concedido el poder de curar a la gente (porque él era el "Hijo del Hombre"). Cuatro años antes, mientras se encontraba como paciente interno, había estado convencido de que había acabado con la "confusión" de otra paciente tocándole simplemente. Cuando se le preguntó por explicaciones alternativas de estos acontecimientos, admitió que no podía recordar con una precisión del 100% si realmente le había curado o si ella simplemente se lo había contado. De nuevo, la característica principal había sido cuestionar sus creencias basándonos en la fiabilidad de las pruebas que apoyaban la idea delirante.

Entre sesiones, a lo largo de un período de una semana, D. D. había informado que ya no creía ser el "Hijo de Dios". Su puntuación de convicción del 3% reflejaba quizás los últimos residuos de duda sobre la creencia. Como dijo D. D.: «Ahora estoy convencido de que es falsa».

Como comprobación final de la evidencia de que se le habían otorgado poderes especiales, se planteó un experimento conductual. Debido a que se pensó que sería poco ético intentar "curar" a otra persona, D. D. estuvo de acuerdo en comprobar la creencia sobre sí mismo, en «dar a Jesús la oportunidad de mejorar su vista». D. D. sufría de una enfermedad congénita de los ojos que hacía que fuese muy corto de vista y tenía que llevar gafas con un diseño especial. Se acordó que D. D. hiciese que un óptico comprobase su vista (lo que solía hacer regularmente) con el fin de proporcionar una línea base con la que medir cualquier mejoría. Si en cualquier momento, durante un período de prueba acordado, pensaba que se le habían concedido poderes especiales para mejorar su propia vista, volvería al óptico para obtener una evaluación independiente. En el momento de escribir esto, que se acercaba el final del período acordado, no se

había informado de ninguna mejoría. La creencia de D. D. de que era el "Hijo de Dios" había descendido hasta 0%.

IV. CONCLUSIÓN

Hemos presentado una introducción de nuestro trabajo utilizando un enfoque cognitivo de las voces e ideas delirantes. Esta perspectiva supone que las ideas delirantes y las voces yacen en un continuo con la normalidad y que cualquier malestar y perturbación asociadas a ellas es el resultado de una búsqueda activa de significados. Además de aumentar nuestra comprensión sobre el mantenimiento de estos fenómenos, un enfoque cognitivo permite a los clínicos trabajar en colaboración con sus pacientes para reducir el malestar y la perturbación asociadas a esos síntomas psicóticos positivos.

REFERENCIAS

- Alford, B. A. (1986). Behavioral treatment of schizophrenic delusions: a single case experimental analysis. *Behavior Therapy*, 17, 637-644.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3ª edición revisada) (DSM-III-R). Washington, D. C.: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D. C.: APA.
- Asaad, G. y Shapiro, M. D. (1986). Hallucinations: Theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry*, 143, 1088-1097.
- Beck, A. T. (1952). Successful outpatient psychotherapy of a chronic schizophrenic with a delusional based on borrowed guilt. *Psychiatry*, 15, 305-312.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Benjamin, L. S. (1989). Is chronicity a function of the relationship between the person and the auditory hallucination? *Schizophrenia Bulletin*, 15, 291-293.
- Bentall, R. P. (1994). Cognitive biases and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. En A. S. David y J. Cutting (dirs.), *The neuropsychology of schizophrenia*. Londres: Erlbaum.
- Bentall, R. P., Jackson, H. F. y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of schizophrenia: Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Bentall, R. P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Birchwood, M. J. (1986). Control of auditory hallucinations through occlusion of monoaural auditory input. *British Journal of Psychiatry*, 149, 104-107.
- Birchwood, M. J. y Tarrrier, N. (1992). *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Brett-Jones, J., Garety, P. A., y Hemsley, D. R. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- Brewin, C. R. (1988). *Cognitive foundations of clinical psychology*. Londres: Erlbaum.
- Brockington, I. F. (1991). Factors involved in delusion formation. *British Journal of Psychiatry*, 159 (supl.), 42-46.
- Chadwick, P. D. J. y Birchwood, M. J. (1994). Challenging the omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P. D. J., Birchwood, M. J. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: Wiley.
- Chadwick, P. D. J. y Lowe, C. F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick, P. D. J. y Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 355-367.
- Chadwick, P. D. J., Lowe, C. F., Horne, P. J. y Higson, P. J. (1994). Modifying delusions: the role of empirical testing. *Behavior Therapy*, 25, 35-49.
- Cochrane, R. (1983). *The social creation of mental illness*. Essex: Longman.
- Costello, C. G. (1993). *Symptoms of schizophrenia*. Nueva York: Wiley.
- Dryden, W. (1990). *Rational-emotive therapy in action*. Londres: Sage.
- Fowler, D. y Morley, S. (1989). The cognitive behavioural treatment of hallucinations and delusions: a preliminary study. *Behavioural Psychotherapy*, 17, 267-282.
- Garety, P. A. (1985). Delusions: Problems in definition and measurement. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 25-34.
- Garety, P. A. (1991). Reasoning and delusions. *British Journal of Psychiatry*, 159 (supl.), 14-18.
- Goodwin, D. W. (1971). Clinical significance of hallucinations in psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 24, 76-80.
- Harper, D. J. (1992). Defining delusions and the serving of professional interests: The case of "paranoia". *British Journal of Medical Psychology*, 65, 357-369.
- Harrow, M., Rattenbury, F. y Stoll, F. (1988). Schizophrenic delusions: An analysis of their persistence, of related premonitory ideas, and of three major dimensions. En T. F. Oltmanns y B. A. Maher (dirs.), *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Hartman, L. M. y Cashman, F. E. (1983). Cognitive behavioural and psychopharmacological treatment of delusional symptoms: a preliminary report. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 50-61.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. y Clark, D. M. (dirs.) (1989). *Cognitive behavioural therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Heise, D. R. (1988). Delusions and the construction of reality. En T. Oltmanns y B. H. Maher (dirs.), *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Hole, R. W., Rush, A. J., y Beck, A. T. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, 42, 312-319.
- Hug, S. F., Garety, P. A. y Hemsley, D. R. (1988). Probabilistic judgments in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40A, 801-812.
- Johnson, W. G., Ross, J. M. y Mastria, M. A. (1977). Delusional behavior: an attributional analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 421-426.

- Kendler, K. S., Glazer, W. M. y Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experience. *American Journal of Psychiatry*, 140, 466-469.
- Lowe, C. F. y Chadwick, P. D. J. (1990). Verbal control of delusions. *Behavior Therapy*, 21, 461-479.
- Maher, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113.
- Maher, B. A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanation. En T. F. Oltmanns y B. A. Maher (dirs.), *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Milton, F., Patwa, K. y Haffner, R. J. (1978). Confrontation vs. belief modification in persistently delude patients. *British Journal of Medical Psychology*, 51, 127-130.
- Oltmanns, T. F. (1988). Approaches to the definition and study of delusions. En T. F. Oltmanns y B. A. Maher (dirs.), *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1973). *The international pilot study of schizophrenia*. Ginebra: OMS.
- Romme, M. A. y Escher, S. (1989). Hearing voices. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 209-216.
- Sims, A. (1991). Delusions and awareness of reality. Proceedings of the Fourtieth Psychopathology Symposium. *The British Journal of Psychiatry*, 159, 14.
- Slade, P. D. y Bentall, R. P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. Baltimore: The Johns Hopkins University.
- Strauss, J. S. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua functions. *Archives of General Psychiatry*, 21, 581-586.
- Strauss, J. S. (1991). The person with delusions. *British Journal of Psychiatry*, 159 (supl.), 57-62.
- Tarrier, N. (1992). Management and modification of residual positive psychotic symptoms. En M. Birchwood y N. Tarrier (dirs.), *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Tesser, A. y Shaffer, D. R. (1990). Attitudes and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 41, 479-523.
- Trower, P., Casey, A. y Dryden, W. (1988). *Cognitive behavioural counselling in action*. Bristol: Sage.
- Watts, F. N., Powell, E. G. y Austin, S. V. (1973). The modification of abnormal beliefs. *British Journal of Medical Psychology*, 46, 359-363.
- Winters, K. C. y Neale, J. M. (1983). Delusions and delusional thinking in psychotics: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 227-253.
- Yalom, I. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. Nueva York: Basic Books.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford.
- Chadwick, P. D. J. y Birchwood, M. J. (1994). Challenging the omnipotence of voices: A cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry*, 164, 190-201.
- Chadwick, P. D. J., Birchwood, M. J. y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for hallucinations, delusions and paranoia*. Chichester: Wiley.

- Chadwick, P. D. J. y Lowe, C. F. (1990). Measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick, P. D. J. y Lowe, C. F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 355-367.
- Oltmanns, T. F. y Maher, B. A. (dirs.) (1988). *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.

APÉNDICE 1. CUESTIONARIO DE CREENCIAS SOBRE LAS VOCES (BELIEFS ABOUT VOICES QUESTIONNAIRE, BAVQ)

Hay mucha gente que oye voces. Nos sería útil enterarnos cómo te sientes con tus voces rellenando el siguiente cuestionario, en el que simplemente tienes que hacer un círculo alrededor de SÍ o NO en cada una de las preguntas.

Si oyes más de una voz, rellena el cuestionario para la más importante.

1.	Mi voz me está castigando por algo que he hecho.	SÍ	NO
2.	Mi voz quiere ayudarme.	SÍ	NO
3.	Mi voz me está persiguiendo sin una razón lógica.	SÍ	NO
4.	Mi voz quiere protegerme.	SÍ	NO
5.	Mi voz es malvada.	SÍ	NO
6.	Mi voz me está ayudando a mantenerme sano.	SÍ	NO
7.	Mi voz quiere hacerme daño.	SÍ	NO
8.	Mi voz me está ayudando a desarrollar mis capacidades o poderes especiales.	SÍ	NO
9.	Mi voz quiere que haga cosas malas.	SÍ	NO
10.	Mi voz me está ayudando a alcanzar mis objetivos en la vida.	SÍ	NO
11.	Mi voz está intentando corromperme o destruirme.	SÍ	NO
12.	Le estoy agradecido a mi voz.	SÍ	NO
13.	Mi voz es muy poderosa.	SÍ	NO
14.	Mi voz me da seguridad.	SÍ	NO
15.	Mi voz me asusta.	SÍ	NO
16.	Mi voz me alegra.	SÍ	NO
17.	Mi voz me deprime.	SÍ	NO
18.	Mi voz me hace enfadar.	SÍ	NO
19.	Mi voz me tranquiliza.	SÍ	NO
20.	Mi voz me pone ansioso.	SÍ	NO
21.	Mi voz hace que me sienta seguro.	SÍ	NO
CUANDO OIGO MI VOZ, NORMALMENTE ...			
22.	Le digo que me deje en paz.	SÍ	NO
23.	Intento apartarla de mi mente.	SÍ	NO
24.	Intento detenerla.	SÍ	NO
25.	Hago cosas para evitar que hable.	SÍ	NO
26.	Me niego a obedecerla.	SÍ	NO
27.	La escucho porque quiero.	SÍ	NO
28.	Sigo gustosamente lo que mi voz me dice que haga.	SÍ	NO
29.	He hecho cosas para conseguir ponerme en contacto con mi voz.	SÍ	NO
30.	Busco el consejo de mi voz.	SÍ	NO

22. INTERVENCIÓN CONDUCTUAL EN LOS COMPORTAMIENTOS PROBLEMA ASOCIADOS A LA DEMENCIA

BARRY EDELSTEIN, LYNN NORTHROP y NATALIE STAATS

I. INTRODUCCIÓN

El porcentaje de ancianos en la población está aumentando rápidamente. Aunque los terapeutas de conducta se han mostrado un poco lentos en su intento de abordar los problemas de salud mental de los mayores, se evidencia un creciente interés, que empezó en los años setenta (véase Carstensen, 1988). Uno de los trastornos más perturbadores que sufren los ancianos es la demencia, especialmente la de tipo Alzheimer. Aunque la demencia es, por definición (*ver infra*), un trastorno orgánico que no pueden abordar directamente los terapeutas de conducta, muchos de los comportamientos problema asociados a las demencias (p. ej., incontinencia urinaria, deterioro de la memoria, vagabundeo/desorientación, conducta agresiva/agitada e incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria) son sensibles a las intervenciones conductuales. En este capítulo definiremos la demencia, indicaremos los cambios fisiológicos asociados a la edad que deberían considerarse cuando se evalúen y desarrollen programas de tratamiento, describiremos los enfoques conductuales para los problemas frecuentemente asociados a las demencias y ofreceremos un estudio de caso para ilustrar la aplicación de los principios conductuales.

El término *demencia* se emplea para describir un conjunto de síntomas cognitivos y conductuales que son característicos de una serie de trastornos cerebrales orgánicos, incluyendo la demencia tipo Alzheimer (DTA), la demencia vascular, el síndrome de Wernicke-Korsakoff y muchos más. La demencia está caracterizada por «múltiples déficit cognitivos que incluyen el deterioro de la memoria y al menos una de las perturbaciones cognitivas siguientes: afasia, apraxia, agnosia o un deterioro en el funcionamiento dirigente. Los déficit cognitivos tienen que ser lo suficientemente graves para causar un deterioro en el funcionamiento social o laboral y tienen que representar un declive con respecto a un nivel de funcionamiento anterior más alto» (APA, 1994, p. 134).

Además de la identificación de las características conductuales o cognitivas, el diagnóstico de demencia requiere pruebas a partir del examen médico (p. ej., resonancia magnética, tomografía axial computadorizada, etc.) de una base orgánica para las perturbaciones cognitivas y conductuales observadas. Hay una excepción en el caso de sospecha de una DTA. Se puede hacer un diagnóstico de DTA sin una evidencia sólida de organicidad tanto en cuanto se hayan descarta-

do otros trastornos que causan la demencia por medio de la historia clínica, el examen físico y/o pruebas de laboratorio (APA, 1994). Cada uno de los trastornos cerebrales orgánicos específicos que se incluyen bajo el rótulo de demencia tiene su etiología, curso y pronóstico propios característicos, algunos de los cuales son reversibles con el tratamiento. Por consiguiente, el diagnóstico diferencial del trastorno específico que causa los síntomas de la demencia es esencial para el tratamiento apropiado. Una comprensión amplia de la presentación y las características de la demencia ayudará al clínico a desarrollar objetivos y planes de tratamiento realistas y eficaces. Se remite al lector interesado al *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* - IV edición (APA, 1994) para más información sobre el diagnóstico.

La demencia es, en la mayoría de los casos, un trastorno de los ancianos. Los terapeutas de conducta que deseen trabajar con este grupo de personas deberían comprender que los cambios en la fisiología y en la conducta de los adultos son inevitables conforme envejecen. En consecuencia, existen muchos factores asociados al envejecimiento que complican al menos la evaluación, y a veces también el tratamiento, de los ancianos. Aunque este capítulo se centra en la demencia, creemos que incumbe al terapeuta de conducta comprender algunas de las características fisiológicas más importantes de los ancianos que deberían considerarse cuando se evalúa y se trata a ancianos con y sin demencia.

II. CONSIDERACIONES FISIOLÓGICAS

II.1. Sistema sensorial

La mayoría de los individuos sufren al envejecer disminución de todos los sistemas sensoriales, aunque el grado de deterioro varía según las personas. Los cambios en el sistema visual incluyen una disminución del tamaño de la pupila (miosis), respuestas pupilares más lentas a los cambios de la iluminación, pigmentación (opacidad) y espesamiento de las lentes y disminución de la capacidad y rapidez de la acomodación. Los cambios anteriores y otros más darán como resultado una disminución de la agudeza visual (normalmente presbicia), un aumento de la susceptibilidad a mirar fijamente, un incremento del tiempo requerido para la adaptación a la oscuridad, una reducción de la sensibilidad al color, una peor percepción de la profundidad y un aumento de la necesidad de iluminación. Además, distintas enfermedades y medicaciones pueden acelerar el desarrollo de estos cambios. Por ejemplo, se puede acelerar la tasa de opacidad por la diabetes melitus, el hipoparatiroidismo, la distrofia miotónica, la enfermedad de Wilson y el consumo de clorpromazina o corticoesteroides (Hunt y Lindley, 1989).

El sentido del oído también se deteriora conforme se envejece, empezando alrededor de los 25 años (Zarit y Zarit, 1987). La discriminación del tono disminuye progresivamente hasta aproximadamente los 55 años. Pérdidas más extremas ocurren en las frecuencias más altas después de esta edad. Uno de cada tres

individuos mayores de 60 años sufre de un deterioro importante del sentido del oído (Zarit y Zarit, 1987). Todo esto puede producir problemas en la percepción del habla en general y un deterioro significativo de la capacidad para entender el habla rápida o entrecortada, y/o de la capacidad para oír nitidamente lo que se habla cuando está presente ruido de fondo.

La sensibilidad olfativa disminuye con la edad, lo que puede afectar a las preferencias y placeres del gusto y aumentar el riesgo de sufrir un daño por parte del individuo a causa de la reducción de la capacidad para detectar señales olfativas de peligro (p. ej., humo, gas natural). Los cambios en las preferencias alimentarias y la disminución del placer de comer pueden tener consecuencias graves para el estado nutritivo de un sujeto. Además, puesto que frecuentemente se emplean los alimentos preferidos como reforzadores, la consideración de la sensibilidad olfativa es de especial importancia. La disminución de la sensibilidad a los olores puede reducir también los placeres experimentados anteriormente con respecto a las fragancias de las flores y los perfumes. Incluso los propios hábitos de acicalamiento pueden cambiar en función de ser menos sensible a los olores de los desodorantes, de los perfumes y de los olores corporales.

La sensibilidad del sentido del gusto también disminuye con la edad (p. ej., DeGraaf, Polet y Van Staveren, 1994). Parece darse una reducción de la sensibilidad a los sabores salados, dulces, ácidos y amargos conforme se envejece (Whitbourne, 1985), variando también en función de los sabores de alimentos especiales. Esta variabilidad de la sensibilidad puede tener como resultado una disminución del placer del gusto. Schiffman y Warwick (1993) observaron que los ancianos consumen más alimentos en los que se ha mejorado el sabor que alimentos sin sabor mejorado. La reducción en la sensibilidad del gusto, junto con la disminución de la sensibilidad olfativa, pueden llevar a déficit nutritivos. Se deberían considerar esos cambios cuando se seleccionan alimentos que potencialmente pueden servir como reforzadores y cuando nos enfrentamos a aparentes perturbaciones del apetito entre los ancianos.

Las sensaciones somestésicas no escapan tampoco al proceso de envejecimiento, aunque los efectos son menos abruptos que los de otras modalidades sensoriales. Estas sensaciones incluyen información sobre el tacto, la presión, el dolor y la temperatura ambiental. La sensación del tacto en las áreas lisas (sin vello) de la piel se deteriora con el envejecimiento. Éste también afecta a las sensaciones del movimiento y la orientación corporales (Laidlaw y Hamilton, 1937; Whitbourne, 1985), algo que debe tenerse en consideración cuando se aborden problemas y se formulen programas de tratamiento que impliquen el movimiento y la coordinación. La sensibilidad al calor y al frío también disminuye con la edad. Estos cambios pueden incluir el riesgo de daño debido a temperaturas muy altas o muy bajas. Finalmente, aunque se esperan escuchar más quejas de dolores en los ancianos, las evidencias con respecto a los cambios en los umbrales del dolor no son concluyentes (Whitbourne, 1985). Es difícil separar los cambios en la sensibilidad total al dolor de los cambios en los umbrales para informar de dolor.

II.2. Sistema músculo-esquelético

Cuando se considera el movimiento en los ancianos, no se tiene que tener solamente en cuenta la fuerza y coordinación muscular, sino también la fuerza y resistencia de los huesos y las condiciones de las uniones implicadas en el movimiento (Whitbourne, 1985). Parece haber poca disminución de la fuerza muscular hasta los 40 ó 50 años y la pérdida hasta los 60 o los 70 parece ser mínima (del 10 al 20%). A partir de los 70 años, se da una mayor reducción de la fuerza de los músculos (del 30 al 40%), dándose una mayor pérdida en las piernas que en los brazos y las manos (Shepherd, 1981, citado en Whitbourne, 1985).

Los cartílagos y los ligamentos pueden calcificarse con el envejecimiento. La degeneración de los cartílagos de las juntas puede provocar dolor cuando los sujetos se mueven. Los huesos pierden masa con la edad, aumentando la probabilidad de fracturas (Lindley, 1989).

II.3. Sistema cardiovascular

Con el envejecimiento ocurren cambios en las cámaras del corazón, en las válvulas del mismo y en los vasos sanguíneos. La cantidad de sangre que se bombea por cada contracción del corazón se reduce y la tasa cardíaca disminuye con el tiempo. El corazón también pierde su capacidad para generar elevadas tasas cardíacas en respuesta al aumento de la actividad y a las exigencias del estrés (Leventahl, 1991; Lindley, 1989; Morley y Reese, 1989; Simpson y Wicks, 1988).

Las limitaciones causadas por un sistema cardiovascular que envejece tienen implicaciones para la capacidad del individuo en realizar actividades que anteriormente eran recompensantes y físicamente exigentes. Los dos efectos más importantes de la edad sobre el sistema cardiovascular son la reducción del poder aeróbico (el consumo máximo de oxígeno) y una disminución de la tasa cardíaca máxima.

II.4. El sistema respiratorio

El sistema pulmonar cambia con el envejecimiento, dándose una disminución de la capacidad de funcionamiento, ya que los músculos lisos de los bronquios, del diafragma y la pared del pecho y los músculos estriados de esta última se debilitan (Lindley, 1989). La cantidad de oxígeno que se obtiene de la sangre durante el ejercicio aeróbico disminuye con la edad. El efecto del envejecimiento sobre el sistema respiratorio se compone de limitaciones en la capacidad de realizar trabajos musculares debido a cambios en los sistemas muscular y cardiovascular (Whitbourne, 1985).

II.5. El sistema excretor

Se producen cambios importantes en la vejiga y en los riñones con el aumento de la edad (Zarit y Zarit, 1987). La capacidad de la vejiga disminuye y las infecciones del tracto urinario aumentan en frecuencia. La vejiga de un sujeto joven se expande para retener la orina entre los momentos de evacuación y la vacía completamente. Ambas funciones se encuentran deterioradas con la edad. Por consiguiente, los ancianos pueden necesitar evacuar la vejiga más a menudo y es menos probable que la vacíen totalmente. La sensación de la necesidad de orinar, que ocurre cuando la vejiga está medio llena en los adultos más jóvenes, puede deteriorarse también en los ancianos. Es posible que éstos no experimenten dicha sensación hasta que la vejiga esté casi llena o incluso que no tengan ninguna sensación (Whitbourne, 1985).

Como consecuencia de lo anterior, frecuentemente se acude a los clínicos para que desarrollen programas de control de la conducta para la incontinencia urinaria. Se deberían considerar los cambios fisiológicos que tienen lugar con la edad, así como el repertorio conductual que se desarrolla para enfrentarse a estos cambios, antes de desarrollar programas de intervención conductual para problemas asociados con la evacuación.

III. INTERVENCIÓN CONDUCTUAL

III.1. Incontinencia urinaria

La incontinencia urinaria (IU) constituye un problema para más de 10 millones de estadounidenses, la mayoría de los cuales son ancianos (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992). La IU afecta al 15-30% de los adultos no institucionalizados mayores de 60 años y al menos a 750.000 internos en clínicas (National Center for Health Statistics, 1979). La prevalencia de la IU entre las mujeres es el doble que entre los hombres. La incontinencia puede tener consecuencias importantes, incluyendo un aumento de la probabilidad de desarrollar úlceras de decúbito e infecciones del tracto urinario, y puede contribuir a la depresión, a la ansiedad y al aislamiento social (Burgio y Burgio, 1991).

Existen varios tipos de incontinencia, que pueden manifestarse de forma individual o en combinación. La *incontinencia por impulso* es la «pérdida involuntaria de orina asociada a un fuerte deseo repentino de evacuar (urgencia)» (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992, p. QR-3). Dicha incontinencia puede ocurrir cuando se experimenta el impulso de orinar y no se puede llegar a tiempo al cuarto de baño. Los impulsos se producen a menudo después de beber una pequeña cantidad de líquido, de oír correr o de tocar el agua. La *incontinencia por presión* es la «pérdida involuntaria de orina mientras se tose, se suena la nariz, se rie o otra actividad física» (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992, p. QR-3). Las actividades que producen un aumento de la presión abdominal in-

crementan la probabilidad de la incontinencia por presión. La *incontinencia por desbordamiento* se refiere a la «pérdida involuntaria de orina asociada con el exceso de distensión de la vejiga (desbordamiento)» (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992, p. QR-3). La *incontinencia funcional* es la «pérdida de orina que resulta de la incapacidad para, o de no querer, utilizar el cuarto de baño de forma adecuada» (Burgio y Burgio, 1991, p. 321). Estos últimos autores han clasificado a los factores que contribuyen a la incontinencia funcional como déficit de la movilidad, estatus mental, motivación y barreras ambientales. La *incontinencia mixta* es una combinación de dos o más clases de incontinencia (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992, p. QR-3). Por ejemplo, los ancianos delicados pueden tener componentes de incontinencia por impulso, por presión y funcional.

Causas de la incontinencia. Algunas de las causas de la incontinencia urinaria incluyen, pero no se limitan a, la debilidad de los músculos que mantienen a la vejiga en su sitio, la debilidad de la vejiga, la de los músculos del esfínter de la uretra, músculos muy activos de la vejiga, bloqueo de la uretra (posiblemente por aumento de la próstata), desequilibrio hormonal en la mujeres, trastornos neurológicos, infección (infección con síntomas del tracto urinario), fármacos hipnóticos sedantes, medicaciones diuréticas, agentes anticolinérgicos, agentes alfa-adrenérgicos, bloqueadores del canal de calcio, producción excesiva de orina, repercusiones del defecar, restricción del movimiento, escasa motivación, búsqueda de atención y conducta de evitación.

III.1.1. Evaluación

Se necesita una evaluación médica completa antes de empezar con la evaluación conductual, puesto que numerosos factores pueden influir sobre la incontinencia urinaria. La evaluación básica debería incluir una historia social y médica, un examen físico con pruebas añadidas y un análisis de la orina (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992, p. QR-3). Puede recogerse más información por medio de un registro de la evacuación, por la evaluación del ambiente (p. ej., acceso a los lavabos) y de los factores sociales (p. ej., condiciones del lugar donde se vive, contactos sociales, implicación de la persona encargada de pacientes con estos problemas), examen de la sangre y citología de la orina.

La realización de más evaluaciones dependerá de las variables que se supone están controlando la evacuación. Un análisis funcional es apropiado para determinar el control de los antecedentes y de las consecuencias. Virtualmente cualquier estímulo en el ambiente de un individuo puede plantear la ocasión para evacuar. Los estímulos externos van desde el cuarto de baño y sus accesorios hasta el sonido del agua corriendo. La presión que proviene de una vejiga llena puede también plantear la ocasión para la evacuación, especialmente si el individuo es incapaz de aguantar las sensaciones de urgencia. Se deben considerar también las consecuencias de la evacuación. Los sujetos pueden darse cuenta de que la evacuación inadecuada produce la atención deseada. Esta evacuación po-

dría ser también una función de un débil control de estímulos en individuos que sufren depresión o confusión. En esos casos, posiblemente esté ausente el valor punitivo de la evacuación inapropiada (Burgio y Burgio, 1991). Puede evacuarse también de modo inadecuado porque es más cómodo que orinar en el receptáculo apropiado (Hussian, 1981). Finalmente, dicho tipo de evacuación puede ser una consecuencia del control inapropiado del estímulo. Aunque al orinar le pueden preceder las respuestas precursoras apropiadas, como la exposición al exterior de los genitales, a menudo tiene lugar alrededor de objetos que comparten algunas de las características físicas de un inodoro. A diferencia de evacuar para llamar la atención, esa evacuación suele ocurrir en áreas que no están bajo observación directa. Este control inapropiado del estímulo se ve en la demencia progresiva y frecuentemente constituye el problema por el que se remite al paciente al clínico (Hussian, 1981).

III.1.2. Intervención

Las tres principales categorías de intervención son el control de la conducta, el tratamiento farmacológico y la intervención quirúrgica. El menos invasivo y menos peligroso es normalmente el más apropiado, que habitualmente se concreta en uno o más de los procedimientos de intervención conductual. Nos centraremos exclusivamente en el control de la conducta de evacuación. Las intervenciones conductuales incluyen el entrenamiento del hábito para la incontinencia por impulso y funcional, el entrenamiento de la vejiga para la incontinencia por impulso y por presión, el manejo de las contingencias para la incontinencia funcional, señales que indican el inodoro para la incontinencia por impulso y neurogénica, y la biorretroalimentación para la incontinencia por impulso y por presión.

Entrenamiento del hábito. Este procedimiento es útil cuando la evacuación no se encuentra bajo un adecuado control del estímulo, tanto si es un estímulo interno (p. ej., la vejiga llena) como si es un estímulo externo (p. ej., la presencia del cuarto de baño). El entrenamiento del hábito implica evacuar, según un programa, aproximadamente cada dos a cuatro horas, independientemente de si está presente la urgencia de evacuar (Clay, 1980). El objetivo del entrenamiento del hábito consiste en evitar la evacuación inapropiada por medio de la programación frecuente de los momentos para orinar. El programa puede modificarse dependiendo de las capacidades del individuo. Por ejemplo, se podría empezar con un programa que se acerque a la frecuencia actual de la evacuación inapropiada y aumentar o disminuir la frecuencia del programa de evacuación dependiendo de la capacidad del sujeto para lograr la incontinencia con el programa. Se pueden combinar también el control de las contingencias con el entrenamiento del hábito, en donde se refuerza la evacuación apropiada (Burgio y Burgio, 1991). El éxito obtenido empleando el reentrenamiento del hábito ha ido desde el 50% (p. ej., Spangler, Risley y Bilyet, 1984) hasta el 85% (p. ej., Songbein y Awad, 1982), dependiendo el éxito, a veces, de los niveles de deterioro físico y psicoló-

gico. La adherencia del personal del hospital parece ser un factor determinante en el éxito de este procedimiento.

Entrenamiento de la vejiga. El propósito del entrenamiento de la vejiga consiste en aumentar la capacidad de la vejiga animando al individuo a que aumente los intervalos entre las evacuaciones, resistiendo o inhibiendo la sensación de urgencia y posponiendo la evacuación. Este entrenamiento puede incluir también procedimientos que provoquen la distensión de la vejiga (p. ej., adecuar la toma de líquidos y demorar la evacuación) (Keating, Schulte y Miller, 1988). El entrenamiento de la vejiga podría incluir materiales escritos, visuales o verbales que expliquen la fisiología y la patofisiología del tracto urinario inferior. Los procedimientos del manejo de las contingencias suelen incluirse para reforzar la ampliación de los intervalos de evacuación. Las consecuencias de este procedimiento se plasman en intervalos más largos entre los momentos de evacuación, el aumento de la capacidad para suprimir la inestabilidad de la vejiga, la disminución de la urgencia (Burgio y Burgio, 1991) y la reducción de la incontinencia por presión (Fantl *et al.*, 1990). Estos autores, empleando el entrenamiento de la vejiga, redujeron totalmente los episodios de incontinencia en el 12% de sus sujetos y al menos un 50% en el 75% de ellos. Frewen (1982) ha mostrado un 97% de éxito con pacientes ambulatorios empleando el procedimiento anterior.

El manejo de las contingencias. Esta estrategia entraña la manipulación sistemática de los antecedentes y los consecuentes de la evacuación inapropiada para disminuir la frecuencia de esta conducta. Por ejemplo, la evacuación inapropiada mantenida por la atención del equipo médico puede modificarse dando instrucciones a los miembros de dicho equipo para que se comporten de forma apropiada con los individuos que sufren de incontinencia después de episodios de ésta. La incontinencia que se debe a la "comodidad" puede conceptualizarse como conducta que no está controlada por las consecuencias que controlan el comportamiento de la mayoría de los individuos. Puede que las consecuencias de la incontinencia no sean tan aversivas como la conducta que se requiere para evitar un episodio de incontinencia. Un arreglo cuidadoso de las contingencias positivas por la evacuación apropiada puede modificar el equilibrio de las consecuencias positivas y negativas para la "comodidad" de la evacuación.

Se pueden combinar también múltiples procedimientos del manejo de las contingencias. Por ejemplo, Schnelle *et al.* (1983) establecieron comprobaciones horarias de la incontinencia emparejadas con recordatorios para evacuar. La aprobación social se hizo contingente con las comprobaciones secas y con las peticiones del paciente para ser ayudado a ir al cuarto de baño. Una desaprobación social leve era la consecuencia de la incontinencia. La conducta adecuada de ir al baño aumentó hasta un 45% y la incontinencia se redujo un 49% entre once pacientes geriátricos, muchos de los cuales tenían diagnósticos de demencia senil o de síndrome cerebral orgánico.

El procedimiento anterior se denomina también *evacuación estimulada*. Éste implica la vigilancia, por parte de los cuidadores, de que los pacientes se mantengan secos, estimulando a los individuos para que utilicen el cuarto de baño, y

empleando la recompensa social por los intentos de evacuación apropiada y el mantenimiento de esta conducta. Se ha evaluado la evacuación estimulada en las clínicas al menos en dos estudios con grupo control (Hu *et al.*, 1989; Schnelle, 1990) y uno sin él (Engel *et al.*, 1990). Los autores de estos estudios informan de un reducción media de 1 a 2,2 episodios de evacuación inapropiada por paciente y por día.

Biorretroalimentación. La biorretroalimentación (o *biofeedback*) se emplea para modificar las respuestas fisiológicas de la vejiga y de los músculos del suelo pélvico que median la incontinencia (Burgio y Burgio, 1991; Burgio y Engel, 1990). Se emplean procedimientos de condicionamiento operante para enseñar a los individuos a controlar las respuestas de la vejiga y del esfínter observando los resultados de sus esfuerzos a través de demostraciones auditivas o visuales. Las medidas de la respuesta han incluido el EMG y medidas manométricas de la actividad del músculo detrusor. Se ha encontrado que la biorretroalimentación ha sido eficaz con la incontinencia por impulso (p. ej., Burgio, Whitehead y Engel, 1985) y por presión (p. ej., Kegell, 1956; Shepherd, Montgomery y Anderson, 1983). La eficacia de la biorretroalimentación ha ido del 54 al 95% de mejora en la incontinencia en diferentes tipos de pacientes (Urinary Incontinence Guideline Panel, 1992).

III.2. La memoria

El deterioro de la memoria a corto y largo plazo que caracteriza a la demencia interfiere a menudo de forma importante con el funcionamiento diario de los sujetos que padecen la demencia y al mismo tiempo presenta problemas a sus cuidadores. En las demencias progresivas, el declive en el funcionamiento de la memoria durante las primeras etapas y las intermedias del trastorno se acompaña, a menudo, por ansiedad y temor asociados a las pérdidas cognitivas. El deterioro de la memoria convierte también a la vida diaria en un importante reto para los sujetos que sufren de demencia cuando gran parte de lo que solían hacer se apoyaba en la memoria. El aumento de la frecuencia y la complejidad de los problemas en el control de la conducta pueden acompañarse también por cambios en la memoria conforme el individuo se deteriora cada vez más a nivel cognitivo. A pesar del empeoramiento de las capacidades cognitivas del paciente, se pueden diseñar estrategias que aprovechen las virtudes del sujeto y el empleo de ayudas ambientales externas, minimizando por consiguiente las limitaciones impuestas por los déficit cognitivos. En esta sección, presentaremos brevemente una discusión de las clases de pérdida de memoria con las que se enfrentan los ancianos y los pacientes con demencia, seguido por una discusión de las estrategias conductuales para abordar los problemas asociados con los déficit de memoria.

Estos últimos son comunes a muchos ancianos, aunque el grado del déficit parece variar según el tipo de tarea memorística (p. ej., Craik, 1984; Poon *et al.*, 1986). Por ejemplo, el reconocimiento de los estímulos disminuye menos con la

edad que el recuerdo del material (p. ej., Craik, 1984). Además, los ancianos funcionan peor en tareas memorísticas complejas, en comparación con tareas simples (p. ej., Cerella, Poon y Williams, 1980; Craik, Morris y Glick, 1990; Salthouse, Babcock y Shaw, 1991). Se desempeñan también peor en tareas que requieren memoria de trabajo (*working memory*), es decir, tareas que requieren conservar la información y emplearla para solucionar problemas (Craik y Jennings, 1992). La memoria de sucesos específicos disminuye también con la edad.

El añadir la demencia a los cambios normales de la memoria con el paso del tiempo aumenta la gravedad de los problemas. Por ejemplo, los individuos con una DTA al menos moderada experimentan dificultades de concentración y memoria. De modo más específico, a estos individuos les es difícil mantener la atención en las tareas complejas y en aquellas que requieren una flexibilidad cognitiva (La Rue, 1992). La DTA afecta también a la memoria principal, mostrando los individuos dificultad para retener nueva información. Los sujetos con una DTA tienen también problemas con la memoria secundaria, funcionando pobremente en tareas que requieren el recuerdo de material que ha desaparecido del darse cuenta consciente. La DTA tampoco respeta la memoria de reconocimiento. De hecho, los individuos con una DTA se comportan frecuentemente como si reconociesen estímulos aunque éstos no sean correctos (errores de falsos positivos). La memoria autobiográfica se conserva normalmente en las primeras fases de la DTA. Sin embargo, pueden deteriorarse otras formas de memoria remota que requieren el recuerdo de acontecimientos públicos o de gente importante del pasado lejano. El material más remoto parece recordarse mejor que el más reciente, aunque el recuerdo de los acontecimientos más remotos esté deteriorado en las personas con una DTA moderada y grave.

III.2.1. Evaluación

Una discusión de los distintos enfoques de la evaluación de la memoria se encuentra más allá del alcance de este capítulo. Los lectores interesados en enfoques estandarizados de la evaluación de la memoria se remiten al trabajo de Crook y sus colaboradores (p. ej., Crook y Youngjohn, 1993) para una discusión de la evaluación y tratamiento de la memoria diaria y a Poon (1986) y Zarit y Vandenberg (1990) para una discusión de los aspectos conceptuales y prácticos de la evaluación clínica de la memoria. En el apartado siguiente nos centraremos en las intervenciones para abordar el deterioro de la memoria. En muchos casos, la única evaluación requerida será un completo análisis funcional de las condiciones en las que el deterioro de la memoria afecta a la conducta de un individuo.

III.2.2. La intervención

Los individuos con demencias progresivas no parecen beneficiarse mucho de las técnicas de mejora cognitiva o de autocontrol de la memoria que sí se han mostrado eficaces en ancianos sanos. Es más probable que los pacientes con demen-

cia se beneficien de ayudas externas para la memoria que proporcionen señales con respecto al recuerdo de información y/o funcionen como instrumentos de almacenamiento de la memoria. Una buena ayuda para la memoria es «aquella que está fácilmente disponible en el momento adecuado, es específica a la tarea, no es complicado utilizarla y su empleo es reforzante» (Duke, Haley y Bergquist, 1991, p. 260).

Los problemas de habilidad y de memoria pueden analizarse a menudo como problemas de los antecedentes y las consecuencias. Los estímulos que normalmente plantean la ocasión para el recuerdo de material relevante son incapaces de ejercer su original control del estímulo. Las razones para la pérdida del control del estímulo pueden ir desde cambios en el nivel de los antecedentes (p. ej., incapacidad para prestar atención al estímulo) a cambios en las consecuencias por emitir la conducta asociada anteriormente con el estímulo (p. ej., reducción o pérdida del refuerzo por responder).

La incapacidad para recordar la localización de los objetos es un problema frecuente en los pacientes con demencia. Por ejemplo, los individuos pueden olvidarse o no tener claro dónde han colocado artículos específicos de vestir. Se puede mejorar el control del estímulo en el caso de pérdida de ropa asegurando simplemente una constancia del estímulo que está asociado con la ropa. Colocar ésta siempre en el mismo sitio puede aumentar la probabilidad de encontrarla. Es posible también que los sujetos se olviden o no tengan claro la localización de su propia habitación en una institución o en casa. Se puede hacer que el estímulo para el cuarto de baño sobresalga más poniendo un determinado color en la puerta (Harris, 1980), colgando una especie de banderín en la pared donde diga «cuarto de baño» o dibujando una flecha de color en el suelo o en la pared que indique la dirección del cuarto del baño. Se podría hacer también que los estímulos fuesen más familiares al individuo o al menos más compatibles con el conocimiento anterior (Craik y Jennings, 1992). Por ejemplo, una señal que indique la presencia de una camisa roja preferida en un cajón podría incluir un elemento de esa camisa, como podría ser el mismo tono de rojo que la camisa.

El proporcionar esos estímulos externos de ayuda es insuficiente a veces para mejorar el funcionamiento. Puede que se necesite entrenar a los individuos a atender a los estímulos relevantes, como se ha señalado anteriormente. Por ejemplo, Hanley (1986) encontró que entrenar a los pacientes internos a prestar atención a las señales que indicaban la situación de la habitación era más eficaz que la simple colocación de señales.

El recuerdo de la información puede mejorarse proporcionando ayudas externas para la memoria e instrumentos para el almacenamiento, como cuadernos, calendarios, rótulos, relojes, grabadoras tipo tarjeta, carpeta para guardar notas y mapas (p. ej., Bourgeois, 1990; Smith, 1988 [citado en Bourgeois, 1991]; Wilson y Moffat, 1984). Por ejemplo, Bourgeois (1990) enseñó con éxito a individuos con la enfermedad de Alzheimer a utilizar una ayuda para la memoria (una carpeta) cuando conversaba con familiares. En la conversación, los sujetos hicieron más afirmaciones reales y menos ambiguas y generaron otras nuevas.

Durante las primeras etapas de una demencia progresiva es probable que un individuo sea especialmente consciente de sus déficit de memoria, hasta el punto

de estar constantemente preocupado por el deterioro cognitivo. Éste es un buen momento para hacer un análisis de los tipos de problemas que está sufriendo el sujeto y desarrollar programas de intervención para ayudarlo. Ese entrenamiento puede aliviar también parte de la ansiedad y el temor asociados a la progresiva pérdida cognitiva. Conforme progresa la demencia, el individuo puede ir dándose menos cuenta de la gravedad y la extensión de los déficit de memoria (Bourgeois, 1991) y requerir la utilización de las ayudas externas comentadas anteriormente.

III.3. El vagabundeo y la desorientación

La conducta de vagabundeo se encuentra muy relacionada con las demencias y otras formas de deterioro orgánico (Hussian, 1987). La estimación de la prevalencia de la conducta de vagabundeo entre los individuos con deterioro orgánico varía, dependiendo del grupo específico del paciente (p. ej., demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, lesión cerebral, etc.), de la gravedad del deterioro orgánico y de los límites de la definición de vagabundeo que se utilice. A pesar de las distintas estimaciones de la prevalencia, existe mucha literatura que sugiere que la conducta de vagabundeo presenta problemas a los pacientes y a las personas que los cuidan, necesitando a menudo de la intervención. Se ha demostrado que la conducta de vagabundeo tiene serias consecuencias, incluyendo el que los pacientes se pierdan o se lesionen físicamente (Carstensen y Fisher, 1991), que se aumente el empleo de restricciones químicas y físicas (Lam *et al.*, 1989), un aumento de la carga y el estrés en la persona que los cuida (Chiverton y Caine, 1989; Pinkston y Linsk, 1984) y un aumento de la probabilidad de que el paciente entre en una institución o permanezca en ella (Moak, 1990).

La conducta de vagabundeo puede definirse como el deambular que tiene lugar de modo independiente a las señales ambientales *habituales* y que le puede parecer al observador casual que es una conducta aleatoria o sin control (Hussian, 1987). Por medio de la observación y del análisis funcional de la conducta de vagabundeo, normalmente se muestran los estímulos ambientales e intrapersonales que plantean la ocasión para este comportamiento, así como las consecuencias que refuerzan o castigan la conducta deambulatoria. Por ello, se recomiendan intervenciones que estén basadas en el análisis funcional de los antecedentes y las consecuencias de la conducta de vagabundeo (Carstensen y Fisher, 1991; Hussian, 1987; Hussian, 1988).

En un intento de definir aún más el vagabundeo y facilitar el análisis funcional y la planificación de la intervención, se han desarrollado categorías deambulatorias basadas en las causas y/o funciones de la conducta que se ha observado. Por ejemplo, después de realizar registros sistemáticos de 13 pacientes geriátricos en un establecimiento psiquiátrico, Hussian y Davis (1985) identificaron cuatro tipos diferentes de vagabundeo. El primer tipo, el *vagabundeo por acatisia*, se observó en pacientes que recibían elevadas dosis de neurolépticos. Este tipo de pacientes solía mostrar una frecuencia relativamente elevada de conducta deambulatoria y era poco probable que intentara abandonar el lugar o dedicarse

a la conducta de autoestimulación (Hussian y Davis, 1985). La *búsqueda de la salud* se acompañaba a veces por peticiones verbales de abandonar el lugar. Este tipo de sujetos (los "buscadores de la salida") solía acercarse a las puertas de salida con más frecuencia que a otras puertas (p. ej., armarios, oficinas) y era poco probable que realizaran conducta de autoestimulación. El *vagabundeo con autoestimulación* implicaba tocar, golpetear o girar los pomos de las puertas frecuentemente, sin que hubiera preferencia por las puertas de salida en comparación con otros tipos de puertas. Este tipo de sujetos ("autoestimuladores") realizaban otras clases de conducta de autoestimulación, como rozar sus manos sobre las paredes, aplaudir o hacer ruidos repetitivos. El *vagabundeo estimulado por un modelo* tenía lugar sólo en presencia de otro sujeto deambulando. Aunque este tipo de sujetos realizaba cierta conducta de autoestimulación (p. ej., dar pequeños golpes en los pomos de las puertas, aplaudir), ocurría generalmente sólo como una respuesta de imitación en presencia de otro sujeto con conducta de autoestimulación.

La desorientación es otro fenómeno que se emplea a menudo para categorizar algunas respuestas de vagabundeo. Es un término utilizado para referirse a la capacidad de una persona para 1) contestar preguntas relativas a su identidad, momento o localización actuales y/o 2) localizar físicamente áreas de su entorno (Hussian, 1987). Se piensa que el *vagabundeo por desorientación* ocurre debido a un deterioro de la memoria o de otros aspectos cognitivos. El individuo pierde la capacidad para guiarse por las señales de su entorno para pasear.

Hope y Fairburn (1989) proporcionaron otra clasificación del vagabundeo después de su observación de 29 pacientes con demencia identificados como deambuladores por los miembros de su familia que los cuidaban. Esos pacientes se distribuyeron en categorías basándose en los siguientes comportamientos: cantidad global de conducta de paseo, tendencia a evitar estar solo, deterioro de la capacidad de guiarse, conducta dirigida hacia un objetivo defectuosa, y grado de perturbación del ritmo diurno. Puede que los lectores quieran utilizar las tipologías o clasificaciones que se han presentado para ayudar a identificar los factores que causan o controlan la conducta deambulatoria. Sin embargo, se debe señalar que las categorías anteriores no son exhaustivas ni están totalmente validadas y no deberían emplearse en lugar de una evaluación ideográfica de la conducta de un individuo.

III.3.1. Evaluación

Se recomienda un examen médico antes de llevar a cabo la evaluación conductual de la conducta de vagabundeo. Como se ha señalado anteriormente, los fármacos neurolépticos, las perturbaciones del sueño y otros trastornos médicos y físicos pueden contribuir a la conducta deambulatoria. El determinar la influencia de esas variables y desarrollar estrategias para enfrentarse a ellas constituye un elemento básico para la potencial precisión de la evaluación conductual y para la eficacia de la intervención comportamental.

La evaluación de la conducta deambulatoria se realiza con el objetivo de identificar las variables antecedentes y consecuentes que controlan el comportamiento. El *análisis funcional* es el proceso que se utiliza habitualmente en la recogida de información que pueda emplearse para desarrollar planes de intervención conductual eficaces. Un análisis funcional de la conducta de vagabundeo está completo cuando se han alcanzado tres objetivos principales: 1) una descripción completa y operacional de la conducta deambulatoria, 2) la identificación de los momentos y las situaciones en las que ocurre normalmente la conducta de vagabundeo (es decir, cuándo, dónde, con quien, en qué situaciones), y 3) la definición de la(s) función(es) de la conducta de vagabundeo (es decir, qué es lo que refuerza o mantiene la conducta).

Existe una serie de estrategias que pueden ayudar a recoger información para un análisis funcional (O'Neill *et al.*, 1990). En primer lugar, las clasificaciones de la conducta deambulatoria desarrolladas por Hussian (1987) y por Hope y Fairburn (1989) pueden emplearse para generar hipótesis sobre las variables que podrían controlar la conducta de vagabundeo en los sujetos con demencia. Se puede entrevistar a las personas que los cuidan o quizás incluso al paciente mismo en un intento de acotar el rango de variables que podrían afectar o controlar la conducta de vagabundeo. Además, se puede observar al paciente en su rutina diaria durante un amplio período de tiempo. La observación directa puede llevarse a cabo de manera que no perturbe o influya sobre la conducta del paciente. Una estrategia final consiste en manipular o adaptar las situaciones del entorno que uno piensa que provocarán, cambiarán o eliminarán la conducta deambulatoria. El propósito de la estrategia de manipulación es comprobar si se comprende lo suficiente dicha conducta y las variables que la determinan para predecirla y controlarla. Éste es el paso final antes de desarrollar una intervención eficaz.

III.3.2. La intervención

Se han aplicado con éxito distintas intervenciones conductuales para el control de la conducta deambulatoria en pacientes con demencia. Las intervenciones con éxito han implicado normalmente la manipulación de los antecedentes y/o las consecuencias. Por ejemplo, Hussian (1988) emparejó las ayudas verbales y físicas con una serie de estímulos ambientales, como símbolos o señales en el suelo, para disminuir la conducta deambulatoria y aumentar la orientación en 5 pacientes psicogeriatricos. Incluso después de que se desvanecieron las ayudas, los sujetos mantenían al menos un 86% del cambio de la conducta en la dirección deseada.

Namazi, Rosner y Calkins (1989) colocaron envolturas de lona sobre los pomos de las puertas para cambiar las propiedades estimulares de las mismas. De igual manera, Mayer y Darby (1991) pusieron un espejo en la puerta de salida para cambiar sus propiedades estimulares y redujeron notablemente las "conductas de escape" fuera de la institución del 76,2% hasta el 35,7%. Se pueden abordar distintos tipos de conducta de vagabundeo modificando la aparien-

cia de las puertas y de los pomos y, de esta forma, eliminando los estímulos discriminativos para tocar y/o abrir las puertas. Como consecuencia de camuflar la puerta y/o los pomos, no se estimulará a los individuos a salir al ver la puerta o el pomo y los "buscadores de estimulación" no saldrán sin darse cuenta al manipular los pomos de las puertas.

Se puede ayudar a la selección de las intervenciones apropiadas observando la conducta deambulatoria del individuo y determinando en cuál de las categorías o tipos de vagabundeo descritos anteriormente encaja mejor (si es que se puede incluir en alguno). Por ejemplo, mientras que todo lo que se necesita para el *vagabundeo por acatísia* es un ajuste de la medicación, el *vagabundeo con estimulación* puede reducirse modificando el entorno físico del paciente, de modo que la estimulación se encuentre sólo disponible en áreas limitadas, seguras, y no disponible en áreas más distantes o peligrosas. El *vagabundeo por desorientación* se trata a menudo aumentando la disponibilidad y el atractivo de los estímulos ambientales relevantes (p. ej., colocando el nombre de las personas en la puerta de su dormitorio o pintando flechas en el suelo para dirigir a los pacientes hacia el comedor).

La conducta deambulatoria no siempre necesita considerarse como una conducta problema o un objetivo de la intervención. Conlleva beneficios potenciales como el proporcionar ejercicio y el aumento de la estimulación. El vagabundeo puede también disminuir el aislamiento o incluso aumentar las probabilidades de socialización. Kikuta (1991) llegó a fomentar la deambulación en un intento de disminuir la conducta agresiva. Este autor presentó el estudio del caso de un paciente con demencia controlado por medios químicos y a veces físicos, que tenía una historia de gritos y agresión física. Cuando se disminuyeron los controles químicos y físicos y se estableció un área segura de vagabundeo, se redujeron los gritos a la mitad y se eliminó la agresión física. Además, aumentaron otros indicadores del bienestar y de la calidad de vida, como una mayor relajación, el aumento de estar alerta, una mayor tendencia a dormir por la noche y una pérdida de peso adecuada. De este modo, en el caso de este paciente, la conducta deambulatoria se convirtió en una solución en vez de en un problema.

Se anima a los lectores a que sean creativos y utilicen su conocimiento sobre los principios conductuales básicos y el que obtuvieron a partir del análisis funcional, para desarrollar intervenciones comportamentales que sean adecuadas específicamente para cada paciente con demencia.

III.4. La conducta agresiva y agitada

La conducta agresiva y agitada de los pacientes con demencia es muy estresante y problemática para las personas que los cuidan. El equipo médico y los miembros de la familia describen a menudo esa conducta como la más difícil de controlar (Haley, Brown y Levine, 1987). Además, la conducta agresiva se cita frecuentemente como la razón más frecuente para la admisión en las unidades de geriatría psiquiátrica (Cohen-Mansfield *et al.*, en prensa). La agresión física y la agitación extrema se encuentran entre las conductas más peligrosas en las clíni-

cas con pacientes internos (Fisher *et al.*, 1993) y las consecuencias pueden incluir daños para el anciano, para otros residentes y/o para las personas que los cuidan. La conducta agresiva y agitada a menudo tiene como consecuencia limitaciones, medicación u otras medidas restrictivas (Hussian, 1981).

La conducta agresiva. En ausencia de una definición ampliamente aceptada de conducta agresiva, emplearemos la de Patel y Hope (1993): «es un acto manifiesto que entraña la presentación de estímulos nocivos ante (aunque no necesariamente dirigidos hacia) otro objeto, organismo o uno mismo, que claramente no es accidental» (p. 458). La conducta agresiva puede clasificarse utilizando las siguientes dimensiones: a) topografía de la conducta, como agresión verbal, física o sexual (Ryden, 1988), b) el objetivo de la acción (uno mismo o los demás), y c) el grado de perturbación (molestar *versus* poner en peligro) (Winger, Schirm y Stewart, 1987; Cohen-Mansfield *et al.*, en prensa). Estas dimensiones no tienen límites claramente definidos ni son mutuamente exclusivas. Por ejemplo, la conducta verbal agresiva y perturbadora podría consistir en afirmaciones sexuales dirigidas hacia uno de los cuidadores o la conducta físicamente agresiva y peligrosa podría dirigirse hacia uno mismo.

Las estimaciones de la prevalencia de la conducta agresiva en los pacientes con demencia presenta un panorama variado, debido quizás a las definiciones discrepantes. Sin embargo, en general, la conducta verbalmente agresiva es la más frecuente, seguida por las conductas física y sexualmente agresivas y por las conductas de agresión hacia uno mismo. Las conductas físicamente agresivas más frecuentes en los ancianos con demencia parecen ser el morder, arañar, escupir, pegar y dar patadas (Patel y Hope, 1992b).

De nuevo, a causa de que la definición de conducta agresiva varía, la literatura que aborda las variables que predicen dicha conducta en ancianos con demencia es equívoca. En general, cuanto mayor es el grado de deterioro cognitivo experimentado por los ancianos, más frecuentes y graves son sus conductas agresivas (Cohen-Mansfield, Werner y Marx, 1990). Es más probable que los hombres sean más agresivos que las mujeres (Cohen-Mansfield *et al.*, en prensa). Además, es más probable también que los individuos con demencia que padecen síntomas psicóticos sean más agresivos físicamente que aquellos que no tienen ese tipo de síntomas (Hussian, 1981). Finalmente, una mayor frecuencia de conducta agresiva premórbida parece ser predictiva de la conducta agresiva en pacientes que sufren de demencia (Hamel *et al.*, 1990).

La conducta agitada. Los términos «agitación» y «conducta agitada» incluyen normalmente varias topografías de conducta excesiva aversiva para los cuidadores, como pueden ser el ir y venir, gritar, alardear, poner motes, explosiones emocionales y un preguntar continuo. Las conductas agitadas ocurren de forma más frecuente que las conductas físicamente agresivas (Cohen-Mansfield y Billig, 1986; Patel y Hope, 1992b). Las variables que predicen la conducta agitada son un elevado deterioro cognitivo, redes sociales pobres y gran deterioro en las actividades de la vida diaria (Cohen-Mansfield *et al.*, 1990). Sin embargo, no existe una relación clara entre la edad o el sexo de los pacientes y la frecuencia de la

conducta agitada (Donat, 1986); no hay tampoco ninguna relación clara entre dicha frecuencia y el grado de dependencia del paciente del equipo que lo cuida.

III.4.1. Evaluación

Aunque la topografía y el objetivo de la conducta agitada y de la agresiva pueden ser diferentes, ambos tipos de comportamiento pueden tener funciones similares. Como consecuencia, trataremos las dos conductas como miembros de la misma clase y su evaluación y tratamiento a la vez.

Debido a que probablemente los antecedentes y las consecuencias que controlan el comportamiento agresivo/agitado difieran con los distintos individuos, es necesario un completo análisis funcional ideográfico. La evaluación debería incluir el registro de la frecuencia, duración, antecedentes y consecuentes de la conducta así como el nivel de funcionamiento del individuo, la capacidad cognitiva y las ocurrencias pasadas del comportamiento agresivo o agitado (Cohen-Mansfield *et al.*, en prensa). La información de la evaluación puede obtenerse por medio de la observación directa y de las respuestas de los cuidadores a varios instrumentos psicométricos. Por ejemplo, se pueden utilizar instrumentos como la *Escala de observación de la agresión por parte del equipo médico (Staff observation aggression scale; Palmstierna y Wistedt, 1987)* o el *Instrumento para clasificar la conducta de agitación (Agitation behavior mapping instrument; Cohen-Mansfield, Werner y Marx, 1989)* con el fin de facilitar la observación directa en la recogida de datos. Se pueden conseguir las evaluaciones de los cuidadores usando instrumentos como la *Escala de agresión de Ryden (Ryden aggression scale; Ryden, 1988)*, la *Escala de evaluación de la conducta agresiva en los ancianos (Rating scale for aggressive behavior in the elderly; Patel y Hope, 1992a, b)* y el *Inventario de agitación de Cohen-Mansfield (Cohen-Mansfield agitation inventory; Cohen-Mansfield *et al.*, 1989)*. Estas medidas son sólo una muestra de los instrumentos disponibles. Por consiguiente, el evaluador conductual tiene que determinar si estas medidas son fiables, válidas y apropiadas en su caso específico.

Virtualmente cualquier estímulo en el entorno de un individuo puede establecer la ocasión para la conducta agresiva y/o agitada. Algunos antecedentes están relacionados con el deterioro que produce la enfermedad misma. Por ejemplo, la incapacidad para terminar las tareas, el deterioro de la capacidad para comunicarse (Leibovici y Tariot, 1988) y la confusión (Rapp *et al.*, 1992) pueden plantear la ocasión para la conducta agresiva o agitada. Además, es posible que el daño neurológico asociado con la demencia grave tenga también una función de desinhibición, especialmente en individuos con una elevada frecuencia de conducta agresiva premórbida (Cohen-Mansfield *et al.*, en prensa). Los estallidos extremos (de gran emoción), las ideas delirantes y/o las alucinaciones que acompañan a la demencia pueden establecer igualmente la ocasión para la conducta agresiva y agitada (Rapp *et al.*, 1992).

La interpretación errónea o la elevada sensibilidad a los estímulos ambientales constituye otro antecedente común de la conducta agresiva o agitada. La percepción errónea de las acciones del cuidador (Silliman, Sternberg y Fretwell,

1988), las peticiones frecuentes o confusas de la persona que los cuida o la aproximación de otro paciente, suelen establecer la ocasión para la conducta agresiva y agitada (Meyer, Schalock y Genaidy, 1991). La frecuencia de este tipo de conducta suele aumentar cuando las actividades del cuidador son más frecuentes (p. ej., por la mañana, cuando prepara a los ancianos para ese día) e intrusivas para los pacientes (p. ej., bañarles, vestirles) (Patel y Hope, 1992b).

La investigación que describe otros antecedentes ambientales de la conducta agresiva y agitada es contradictoria. Por ejemplo, algunos autores informan que el exceso de estimulación, el ruido excesivo, la iluminación inadecuada y trasladarse a un lugar no familiar (Silliman *et al.*, 1988) suelen plantear la ocasión para la conducta agresiva y agitada. Por otra parte, Hussian (1981) ha señalado que conductas agitadas repetitivas, como el ir de un sitio a otro o el gritar, constituyen normalmente una respuesta a la pobreza de la estimulación ambiental, especialmente en pacientes con demencia avanzada. Una vez más, el análisis funcional debería tener en cuenta cómo afectan variables ambientales específicas a un individuo determinado.

Hay una serie de consecuencias que posiblemente mantengan la conducta agresiva/agitada de los sujetos con demencia. El comportamiento puede tener una función específica. Por ejemplo, la conducta agresiva/agitada es reforzada a menudo con la atención, elementos preferidos o la ayuda en una tarea (Cohen-Mansfield *et al.*, en prensa; Hussian, 1981). En otros casos, esa conducta agresiva/agitada puede jugar una función de escape o evitación. Por ejemplo, miembros del equipo médico que se sienten frustrados pueden reducir el número de duchas requeridas por semana en un residente específico para no soportar las múltiples explosiones agresivas.

Las restricciones físicas y químicas son consecuencias frecuentes de la conducta agresiva y/o agitada. Sin embargo, ninguna de esas consecuencias es deseable. Los ancianos normalmente toman muchos medicamentos y corren un elevado riesgo de desarrollar efectos secundarios adversos por esos fármacos. Por consiguiente, el tratar farmacológicamente la conducta agresiva y agitada podría producir efectos iatrogénicos. Por ejemplo, los medicamentos pueden aumentar la probabilidad de caídas, exacerbar la confusión, o provocar realmente un empeoramiento de la conducta. Las restricciones físicas pueden producir también un aumento de la frecuencia, duración o intensidad de la conducta agresiva/agitada (Werner, Cohen-Mansfield, Braun y Marx, 1989). Además, el empleo de la restricción física está asociado con la atrofia muscular, la osteoporosis, la isquemia de los miembros y la estrangulación (Fisher *et al.*, 1993).

III.4.2. La intervención

Las técnicas de modificación de conducta proporcionan a los cuidadores alternativas eficaces, humanas y éticas para manejar las conductas agresivas y agitadas. Las intervenciones conductuales son frecuentemente la opción de tratamiento menos invasiva, planteando pocos (o menos) efectos secundarios graves en comparación con las intervenciones farmacológicas.

Las manipulaciones ambientales se han mostrado satisfactorias para modificar las conductas agresivas y agitadas (Rabins, 1989). Por ejemplo Cleary *et al.* (1988) plantearon una «unidad de estimulación reducida». Los colores de los cuadros y de las paredes eran de diseño y tonos neutros y se eliminaron las televisiones y los radios. Se permitía a los pacientes que pasearan por cualquier lugar y que comiesen y descansasen cuando quisieran. Se controlaba el acceso del equipo médico y de los visitantes a la unidad y se programaban actividades en pequeños grupos a lo largo del día. Este ambiente redujo la frecuencia de las conductas agitadas y disminuyó el uso de las restricciones.

Las conductas agresivas y agitadas se han abordado también proporcionando a individuos con demencia ligera un modelo a imitar (Rabins, 1989). Es eficaz también presentar al anciano instrucciones fáciles de seguir descompuestas en pasos más pequeños, pidiéndole que realice sólo una tarea a la vez. Otras técnicas satisfactorias son: pasar lentamente al campo visual del paciente, interactuar frente a frente con el mismo, asegurarse de que tiene un sueño adecuado por la noche y disminuir el consumo de medicación y neurolépticos (Hussian, 1981). De igual manera, se puede reducir la probabilidad de la conducta agresiva acercándose a un sujeto calmadamente, adoptando una voz tranquilizadora y suave, y utilizando el tacto y posturas no amenazantes (Teri y Logsdon, 1990). El abandonar la habitación de un individuo que está mostrando una conducta agitada puede ser eficaz si la presencia de uno está reforzando la conducta agitada del paciente. El tiempo fuera es eficaz también para disminuir la frecuencia de las conductas agresivas y agitadas (Hussian, 1981; Vaccaro, 1988b).

Pocos estudios empíricos han explorado sistemáticamente la eficacia del enfoque conductual para reducir la conducta agresiva y agitada, quizás porque el primer paso habitual para modificar esta conducta ha sido farmacológico (Vaccaro, 1988b). Sin embargo, algunos estudios han aplicado técnicas conductuales a los ancianos sin demencia que manifiestan conductas agresivas. Por ejemplo, Vaccaro (1988b) utilizó procedimientos operantes con un anciano de 69 años, física y verbalmente agresivo, en un estudio de caso. Posteriormente a la fase de línea base inicial, se reforzó la conducta no agresiva (con zumos, frutas, pastas o una barra de chocolate) según un programa adaptado de reforzamiento diferencial de otras conductas. Después de cada respuesta agresiva, se sacaba al anciano de la actividad o del lugar y se le colocaba en una habitación de tiempo fuera durante diez minutos. Después de una segunda fase de línea base, se incluyó la segunda condición experimental. Esta fase implicaba el desvanecimiento sistemático de los reforzadores tangibles pasando a la alabanza verbal y social. Ambas condiciones experimentales produjeron reducciones significativas de las conductas agresivas físicas y verbales, disminuciones que se mantenían en el período de seguimiento. Puesto que el anciano de este estudio no padecía demencia, no está clara la réplica sistemática con pacientes que sí sufren de demencia. Sin embargo, este procedimiento parece prometedor, independientemente del nivel de funcionamiento cognitivo del individuo. Otros estudios que exploran el empleo de técnicas conductuales en ancianos sin demencia que manifiestan conducta agresiva y que pueden ser aplicables a sujetos con demencia se pueden encontrar en Vaccaro, 1988a; Rosberger y McLean, 1983 y Colenda y Hamer, 1991, por ejemplo.

III.5. Conductas para el cuidado de uno mismo

Conforme avanza la demencia y los individuos se deterioran más cognitivamente, muchos de ellos requieren de un aumento de la asistencia en las habilidades de cuidado de uno mismo o en las actividades de la vida diaria (AVDs). Las AVDs básicas incluyen el vestirse, bañarse, utilizar el inodoro, acicalarse, cepillarse los dientes, beber y comer. El cuidado de uno mismo inadecuado constituye un problema y puede contribuir a que se lleve a los individuos a las clínicas de residentes (McEvoy y Patterson, 1987).

En las primeras etapas de la demencia, los ancianos pueden mostrar un ligero deterioro de las conductas de cuidado de sí mismos debido a la pérdida de la memoria. Por ejemplo, un individuo podría ponerse dos zapatos diferentes entre sí u olvidarse continuamente de cepillarse los dientes. Las etapas intermedia y grave de la demencia pueden incluir problemas tales como olvidarse del funcionamiento de los grifos y de los utensilios para comer. Los individuos gravemente deteriorados pueden ser incapaces de comunicar hambre o sed, u olvidarse de cómo satisfacer sus necesidades básicas. Por ejemplo, sujetos internos pueden ser incapaces de beber un vaso de agua aunque se encuentren deshidratados (Knapp y Shaid, 1991).

Las consecuencias negativas de ser incapaces de llevar a cabo AVDs o de conductas de cuidado de uno mismo ineficaces pueden incluir frustración, reducción de la autonomía y de la dignidad, conducta agresiva/agitada, culpar a otros individuos por las dificultades del anciano y un aumento de la dependencia de las personas que los cuidan.

III.5.1. Evaluación

Se necesita un análisis funcional completo del repertorio de cuidado de uno mismo y de las variables que lo controlan para determinar las capacidades del individuo y las fuentes potenciales de la influencia ambiental. Por ejemplo, un análisis adecuado podría determinar si el enfoque de tratamiento debería incluir un mayor control ambiental, de modo que se optimicen las habilidades existentes o se centren en la eliminación de las situaciones que requieran habilidades que se encuentran más allá de las capacidades del individuo (Carstensen y Fisher, 1991; Horgas, Wahl y Baltes, en prensa). Por ejemplo, el servir alimentos que se puedan comer con los dedos a los pacientes que son capaces de alimentarse a sí mismos, pero que no pueden utilizar los utensilios, puede establecer la ocasión para la conducta de comer. El aumentar la cantidad de ropa que se pone fácilmente (en vez de ropa con muchas cremalleras o botones) podría optimizar las habilidades existentes en el repertorio para vestirse uno mismo.

La incapacidad para mantener las AVDs puede provenir también de variables ambientales. Es posible que las personas que los cuidan, especialmente el equipo médico de la institución, refuercen las conductas dependientes con atención y apoyo (Baltes y Werner-Wahl, 1987; Carstensen y Fisher, 1991). Por el contrario, las conductas AVD independientes pueden ignorarse o desalentarse.

III.5.2. La intervención

La eficacia del enfoque conductual para mantener o mejorar los comportamientos de cuidado de uno mismo en ancianos con demencia tiene todavía que validarse por medio de la investigación empírica. Sin embargo, existen argumentos que favorecen la adopción de una estrategia conductual. La literatura apoya la idea de que algunas conductas de cuidado de uno mismo bien aprendidas y muy practicadas pueden, a veces, restituirse y/o mantenerse, incluso en ancianos con deterioro cognitivo (Carstensen y Fisher, 1991; McEvoy y Patterson, 1987; Patterson *et al.*, 1982). La pérdida de habilidades para el cuidado de uno mismo independientes pudiera estar influida por incapacidades físicas y condiciones ambientales (Baltes y Werner-Wahl, 1987). Además, se pueden utilizar con ancianos que sufren demencia varias técnicas que implican la manipulación de las consecuencias, empleadas frecuentemente y con éxito para modificar las conductas AVD de individuos con discapacidades del desarrollo (Whitney y Barnard, 1966; Lemke y Mitchell, 1972).

Gran parte de la literatura que se centra en la modificación de las conductas AVD de individuos con discapacidades físicas implica la manipulación de las consecuencias para aumentar conductas no existentes o de baja frecuencia o bien disminuir conductas inapropiadas. Por ejemplo, para aumentar la conducta de alimentación de uno mismo se puede romper la cadena de conductas de comer en componentes más pequeños que son moldeados y luego encadenados, para formar combinaciones más complejas de conductas (p. ej., Van Hasselt, Ammerman y Sisson, 1990). Se han empleado con éxito procedimientos de encadenamiento hacia atrás y hacia delante con el objetivo de establecer o mantener la capacidad de pacientes físicamente incapacitados para vestirse y alimentarse ellos mismos (Whitney y Barnard, 1966; Lemke y Mitchell, 1972; Azrin, Schaffer y Wesolowski, 1976; Risley y Edwards, 1978).

Ayudándose en la técnica del encadenamiento hacia delante e incluyendo una guía manual suave y un refuerzo de alta densidad, se ha utilizado también satisfactoriamente la guía graduada para establecer o mantener la capacidad de vestirse y alimentarse a sí mismos a pacientes con discapacidades físicas (Azrin *et al.*, 1976; Stimbert, Minor y McCoy, 1977).

Se ha demostrado con éxito el moldeamiento de múltiples conducta de cuidado de uno mismo utilizando fichas como reforzadores en individuos con varias discapacidades. La entrega de la ficha se hace en un primer momento contingente con la terminación de una tarea (p. ej., ir al inodoro, ducharse, vestirse, cepillarse los dientes, limpiar el espacio en el que viven y retirar la ropa de la cama). Posteriormente, la entrega de fichas tiene lugar sólo cuando se han terminado todas las conductas objetivo (Jarman, Iwata y Lorentzson, 1983).

Finalmente, el tiempo fuera (p. ej., Sisson y Dixon, 1986; Baltes y Zerbe, 1976), la restitución (p. ej., el paciente limpia lo que ha derramado) y la sobrecorrección positiva se utilizan, a veces, de forma eficaz con individuos que sufren de discapacidades físicas (Azrin y Armstrong, 1973) y podrían emplearse también con éxito en los ancianos con demencia.

Debido a que las técnicas conductuales para mejorar las AVDs se han validado empíricamente con otras poblaciones (p. ej., discapacitados físicos o ancianos sin deterioro cognitivo), los investigadores parecen haber supuesto que la eficacia del tratamiento se extiende claramente a los individuos con demencia. Esto puede explicar en parte la escasez de la investigación en esta área. Sin embargo, es posible que el grado de deterioro cognitivo del anciano interactúe con las variables ambientales e influya sobre los resultados del tratamiento. Por ejemplo, Carstensen y Fisher (1991) indicaron que se puede emplear la instrucción verbal y la ayuda con mandatos de un único paso para conseguir conductas de cuidado de uno mismo en individuos con un deterioro cognitivo ligero. Baltes y Zerbe (1976) utilizaron ayudas verbales combinadas con procedimientos de control del estímulo, reforzamiento inmediato y un procedimiento de tiempo fuera para el rechazo a comer y conductas de arrojar comida al suelo, con el fin de aumentar la conducta de comer en una mujer de 67 años. El comer por sí misma aumentó notablemente desde una frecuencia en la línea base cercana a cero. Sin embargo, la anciana no sufría un deterioro cognitivo, de modo que la generalización de los resultados a individuos con ese tipo de deterioro debería hacerse con precaución. De igual manera, Rinke *et al.* (1978) utilizaron instigaciones y refuerzo en forma de alabanzas, retroalimentación visual y elementos de comida para aumentar la frecuencia de la conducta de bañarse en seis ancianos. Otra vez más, esta intervención debería repetirse en ancianos con demencia antes de hacer recomendaciones incondicionales.

Aunque la literatura que describe técnicas conductuales para establecer y mantener AVDs en ancianos con demencia es escasa, también es alentadora. Carstensen y Fisher (1991) indican que un procedimiento de tiempo fuera podría ser eficaz para aumentar las AVDs en ancianos con demencia. La técnica puede emplearse para reducir conductas inapropiadas, como el rechazo a comer, coger la comida de los demás, y tirar comida o utensilios. Estrategias de tiempo fuera que se sugieren son el retirarle al paciente la silla de la mesa, el alimento o el refuerzo social que le proporcionan las personas que lo cuidan. Además, McEvoy y Patterson (1987) utilizaron una combinación de un grupo muy estructurado y ejercicios de entrenamiento individual incluyendo instrucciones verbales, modelado y práctica de las habilidades de higiene personal, como bañarse y cepillarse los dientes para aumentar AVDs en pacientes mayores con demencia. Los autores emplearon la menor cantidad de incitaciones necesaria para provocar la conducta y fueron atenuando esas incitaciones hasta llegar a realizar las habilidades de las AVD de forma independiente. La alabanza social y las fichas fueron reforzadores eficaces en este estudio. Los individuos con demencia, tanto ligera como grave, mostraron mejorías en las medidas sobre los resultados del tratamiento (puntuaciones en la escala de evaluación de la apariencia general promedio).

Debido a que la incapacidad para mantener AVDs puede provenir también de variables ambientales, se debería entrenar a los cuidadores en los principios conductuales. Por ejemplo, el educar a un cuidador para que arregle el ambiente, de modo que las conductas independientes de los ancianos (en vez de las conductas

dependientes) sean reforzadas de manera tangible, verbal y social, debería establecer la ocasión para la futura conducta independiente.

La falta de investigación sobre los ancianos con demencia y su incapacidad para mantener habilidades de cuidado de uno mismo es frustrante. El basar la selección de procedimientos en técnicas conductuales que han tenido éxito con otras poblaciones constituye una estrategia heurística útil; sin embargo, los estudios empíricos deberían empezar a explorar si estas técnicas son apropiadas con una población de ancianos con deterioro cognitivo. La elección de si se construye sobre las habilidades que ya existen o si se eliminan obstáculos que requieren habilidades que se encuentran más allá de las capacidades del individuo es un componente necesario del análisis funcional y, por consiguiente, una elección del tratamiento.

IV. CONCLUSIONES

Los sujetos que padecen demencia presentan numerosas conductas problemas difíciles, pero manejables. Los cambios fisiológicos que a menudo tienen lugar con la edad, junto con el deterioro del aprendizaje y la memoria que acompaña a la demencia, se presentan como retos difíciles pero excitantes para los terapeutas de conducta. Aunque éstos han tardado en abordar los problemas de comportamiento asociados a la demencia, se ha presentado información en la literatura sobre varios enfoques prometedores en el manejo de los problemas más frecuentes y se han revisado aquí. Hemos intentado también presentar información al lector sobre aspectos fisiológicos del envejecimiento que podrían influir sobre los procesos de evaluación y tratamiento. Finalmente, ofrecemos en las siguientes líneas el estudio de un caso que ilustra el proceso de evaluación y tratamiento. Estamos convencidos, a partir de nuestra revisión de la literatura y de nuestra propia experiencia con los problemas de los sujetos que padecen demencia, que virtualmente todas las conductas problemas asociadas con la demencia son sensibles a las intervenciones conductuales. La clave de las intervenciones con éxito yace en un cuidadoso análisis funcional y en la comprobación continua de hipótesis sobre las variables controladoras. Esperamos que haya más terapeutas de conducta que experimenten las recompensas y los retos de trabajar con ancianos en general y con aquellos que sufren de demencia en particular.

IV.1. Ilustración de un caso hipotético

Alberto es un anciano de 73 años de raza blanca. Terminó el instituto y dos años de universidad y ha estado casado 53 años con su esposa, Sofía, con quien tiene cuatro hijos y diez nietos. Durante sus 43 años de trabajo para una compañía de utilidad pública, Alberto trabajó principalmente en posiciones de dirección intermedia. Disfrutaba de su trabajo y con sus compañeros y se le conocía como un empleado responsable y capaz. Alberto se jubiló en la compañía a los 65

años. Aunque dijo a su familia, a sus amigos y a sus compañeros que se jubilaba porque «se había ganado el tiempo libre», luego admitió que su decisión de jubilarse se basó en buena medida en su progresiva dificultad para «seguir las cosas» en el trabajo.

Los problemas de memoria de Alberto progresaron y a los 67 años se le diagnosticó una probable demencia de tipo Alzheimer (DTA). Desgraciadamente, en la época del diagnóstico se le ofreció poco asesoramiento a Alberto o a su mujer sobre lo que podían esperar conforme su enfermedad progresaba o lo que podían hacer para enfrentarse a los problemas que surgían como consecuencia de la enfermedad.

Alberto se encuentra ahora en las etapas moderadas de la DTA. Sofía acudió recientemente a la consulta del médico de cabecera con síntomas físicos asociados al estrés (estado de ánimo disfórico, cefaleas, ácidos de estómago, dificultad para dormir, fatiga). Reconociendo que se encontraba sobrepasada por la tarea de cuidar a su esposo, el médico de Sofía la remitió a un terapeuta geriátrico. Durante el curso de la intervención, el terapeuta le enseñó a Sofía técnicas básicas para el manejo del estrés, le ofreció una educación más completa sobre la DTA, y arregló las cosas para que los hijos y los nietos mayores de Alberto no le dieran mucho trabajo. Además, el terapeuta enseñó a Sofía varias estrategias para afrontar las conductas de Alberto que eran especialmente perturbadoras para ella. Entre éstas se incluían que Alberto encendiese todos los fuegos de la cocina, que cogiese cosas de ella y de los armarios del cuarto de baño («sin ninguna razón»), y que deambulara por la casa y a veces abriera la puerta principal y saliera a la calle. Con una menor frecuencia se encontraban los «arrebatos» ocasionales de llanto y/o la agresión verbal, por parte de Alberto.

Sofía y el terapeuta dieron prioridad a los problemas objetivo y decidieron abordar en primer lugar aquellas conductas que ponían a Alberto y/o a Sofía en peligro físico. El terapeuta empezó a hacer la simple sugerencia de eliminar los mandos de la cocina, excepto cuando se fuera a cocinar y hacer que se instalara un pomo en la puerta principal que necesitara una llave para abrir la puerta desde dentro o desde fuera. Se animó a Sofía para que diera otros pasos simples que hicieran más segura la casa. Además, se le enseñó los aspectos básicos del análisis funcional (p. ej., registrar los antecedentes, las conductas y las consecuencias), se le proporcionó varias hojas de registro en blanco (véase figura 22.1) y se le envió a casa con instrucciones para registrar la conducta deambulatoria de Alberto.

La semana siguiente Sofía observó que los episodios de Alberto de abrir y cerrar los cajones y los armarios coincidía con su vagabundeo e incluyó estas conductas en la hoja de registro. Esta y otra información conseguida por medio de la observación permitió al terapeuta y a Sofía completar un análisis funcional de las conductas de Alberto.

Las conductas deambulatorias de éste se agruparon en dos categorías, basadas en los antecedentes, las consecuencias y la topografía de la conducta de vagabundeo. Los episodios 1º y 3º cronológicamente parecían corresponder al «vagabundeo con búsqueda de estimulación» de Hussian (1987) (ver apartado correspondiente de este capítulo). En estos episodios, el vagabundeo de Alberto

FIGURA 22.1. Extractos del registro de Sofía sobre las conductas de vagabundeo de Alberto

Formato de registro de la conducta			
<p><i>Conducta objetivo:</i> Vagabundeo <i>Definición general:</i> Conducta de vagabundeo, cuando Alberto ronda por la casa o por una habitación sola, tocando a veces las cosas según va andando, se entera en ocasiones por la puerta principal en el caso de que sea capaz de hacerlo.</p> <p>NOTA: Emplea tanto detalle como te sea posible cuando describas la conducta objetivo y sus antecedentes y consecuencias. Escribe las descripciones de tal manera que alguien que no conozca la situación pueda reproducirla exactamente.</p>			
Fecha/hora	Antes - ¿qué, dónde, con quién?	Conducta objetivo (descripción detallada de cada incidente)	Después - ¿qué, dónde, con quién?
4-2/ 17:10	A* estaba sentado en la habitación pequeña, mirando por la ventana estaba oscuro afuera. S estaba en la cocina preparando la cena. no había luces en la habitación.	A se levantó y fue desde la habitación pequeña hasta la cocina, en su camino entró y salió del cuarto de baño. Una vez en la cocina, rondó por la habitación, abrió y cerró dos cajones y tres armarios. Pasó las manos por las paredes, por la encimera y por los muebles mientras andaba y decía constantemente «nun-nun-nun».	A tiró una taza de judías verdes en la encimera cuando pasaba su mano por ella. S se apresuró a recogerlas, sentó a A en una silla en la mesa de la cocina, le dio una taza de judías verdes y un cuchillo de mantequilla. A cortó las judías verdes en trozos pequeños, comiendo muchos granos en el proceso.
4-2/ 18:45	A estaba viendo la TV con S. Las luces estaban encendidas en la habitación pequeña, en el programa de la TV salió un timbre de la puerta sonando.	A se levantó, fue hasta la puerta principal y la abrió, permaneció durante unos momentos mirando fuera, como si se encontrara confuso, luego salió de la casa.	S siguió a A fuera, le preguntó donde iba (respondió «a recoger a los niños»). S dijo «ya están en casa» y llevó a A de vuelta a casa sin resistencia.
5-2/ 7:00	A se despertó en la cama solo, no había luz en el dormitorio. S se levantó y volvió hacia una hora, estaba en la cocina preparando el desayuno.	A se levantó de la cama, fue al cuarto de baño, puso todas las cosas de la caja de medicinas en el cubo de la basura, se fue a la habitación pequeña, cambió de sitio algunos objetos de las estanterías, fue a la cocina y empezó a sacar cosas de la despensa y a colocarlas en la encimera. Pasaba las manos por las paredes y hacía sonidos repetitivos como si estuviera cantando.	S estaba frustrada cuando vio que A sacaba un producto de la despensa, le gritó, le sentó a la mesa y le dio un donut. A partió el donut en pequeños trozos y los espió entre sus dedos.
5-2/ 12:25	En su camino de regreso a la habitación pequeña desde el cuarto de baño, A llegó hasta la puerta principal, miró y tocó el picaporte. S se encontraba unos pasos detrás de él, le acababa de ayudar en el cuarto de baño.	A giró el picaporte y abrió la puerta, salió fuera, cerró la puerta y se encaminó hacia la calle.	S salió detrás de él rápidamente y le preguntó dónde iba (é respondió «a trabajar»), y le llevó de vuelta a casa sin resistencia.

* A = Alberto; S = Sofía.

y las conductas asociadas (p. ej., pasar las manos por la pared, tocar los objetos mientras pasaba, dar manotazos a los interruptores de la luz, abrir los armarios, golpetear los pomos, decir «huh, huh, huh», etc.) parecían tener la función de proporcionar estimulación. Es decir, el terapeuta hipotetizó que estas conductas se mantenían por la estimulación que proporcionaban. Se observó también la consistencia en los estímulos antecedentes en estos episodios. En los episodios 1 y 3, el vagabundeo empezaba cuando Alberto estaba solo, en un sitio oscuro o casi oscuro, y relativamente inactivo.

Los episodios 2 y 4 incluían que Alberto se escapara por la puerta principal de la casa y podían clasificarse como "búsqueda de la salida", según la tipología de Hussian. En estos dos episodios ocurrían como antecedentes de la conducta estímulos incitadores a abrir la puerta principal (p. ej., el sonido del timbre, la vista del pomo de la puerta). El acto de abrir la puerta establecía la ocasión para salir y el salir establecía la ocasión para andar por la calle. Las respuestas de Alberto a las preguntas de Sofía sobre dónde iba eran de confabulación¹. Los dos episodios de búsqueda de la salida fueron seguidos por las consecuencias de que Sofía se apresuraba a ir detrás de él, le preguntaba, expresaba preocupación, le proporcionaba atención, etc. De este modo, el mantenimiento de esta conducta podría haber sido una función del control de los estímulos antecedentes y de la atención.

El plan de tratamiento incluyó varios componentes. Sofía y el terapeuta concluyeron que el vagabundeo era un problema sólo cuando ponía a alguien en peligro o cuando se producía rotura de objetos, colocación inadecuada de ellos, etc. De este modo, el objetivo de la intervención fue eliminar el "vagabundeo peligroso" en vez de hacer desaparecer el vagabundeo. Con este fin, se colocaron pestillos de seguridad en los armarios de la cocina, en la caja de las medicinas, en los armarios y en los cajones de ropa, etc. Los objetos que se podían romper (platos de cristal, etc.) se pusieron en un lugar que no era fácil de alcanzar y los cuadros de la pared se colocaron de forma más segura, de modo que Alberto no los pudiera tirar al suelo cuando pasaba sus manos sobre ellos. Además, se puso un pomo de seguridad en la puerta principal para evitar que Alberto abandonara la casa inadvertidamente.

Se esperaba que el pomo de seguridad de la puerta principal eliminara la conducta de búsqueda de la salida. Sin embargo, el que Alberto viese o tocara la puerta y/o el pomo, continuaba estableciendo la ocasión para los intentos de salir. Cuando se encontraba con la puerta principal cerrada se molestaba mucho, incluso se ponía agresivo. En un intento de disminuir la atracción de la puerta como estímulo para salir, Sofía puso una cubierta blanca de tela sobre el pomo y colgó en la puerta un cuadro del pintor favorito de Alberto. La búsqueda de la salida por parte de Alberto disminuyó hasta casi cero, mientras que al mismo tiempo se eliminaron las salidas reales no supervisadas.

La búsqueda de estimulación se abordó de varias formas. En primer lugar, debido a que la oscuridad parecía establecer la ocasión para la conducta deambulatoria,

¹ Confabulación: La sustitución de una laguna en la memoria de una persona por medio de información falsa que ella cree que es verdad [N del T.].

deambulatoria, las luces del dormitorio y de la sala de estar se pusieron bajo el control de reguladores para reducir la probabilidad de que Alberto estuviera solo en la oscuridad. Además, se le dio a éste materiales que le proporcionaban una estimulación segura. Por ejemplo, se pusieron su armónica y un xilófono en la mesilla de noche, bajo la luz de una lámpara controlada por un regulador. Durante dos semanas, Sofía reforzó el que Alberto tocara la armónica o el xilófono cuando se despertaba por la mañana. De este modo, no sólo él obtenía una estimulación segura al levantarse, sino que también el sonido de la "música" avisaba a Sofía de que estaba despierto. Finalmente, Sofía instituyó el hábito diario de salir a dar un paseo con Alberto, fuera de casa, después de desayunar y antes de cenar. El objetivo era proporcionar estimulación segura a Alberto. Tenía también el efecto secundario agradable de proporcionar a Sofía y a Alberto algún tiempo para estar juntos ellos solos así como ejercicio físico para ambos.

Aunque Alberto continuó deambulando por la casa, tocando las cosas, varias veces al día, los episodios de vagabundeo peligroso o destructivo se redujeron a casi cero en el periodo de un mes desde el comienzo del tratamiento. Como consecuencia de los cambios en la conducta de Alberto, de la mayor sensación de control sobre su entorno y del aumento del ejercicio y del tiempo pasado a solas con él, Sofía informó de una disminución del estrés y un aumento de la calidad de vida. Antes de terminar, Sofía y el terapeuta se reunieron durante varias sesiones en las que hablaron sobre cómo podía aplicar ella los principios conductuales que había aprendido para abordar las futuras conductas problemáticas de Alberto. Se le animó a que volviera a consultar con el terapeuta si lo consideraba necesario.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (DSM-IV). Washington, D.C.: APA.
- Azrin, N. H. y Armstrong, P. M. (1973). The "mini-meal" - A method for teaching eating skills to the profoundly retarded. *Mental Retardation*, 11, 9-13.
- Azrin, N. H., Schaeffer, R. M. y Wesolowski, M. D. (1976). A rapid method of teaching profoundly mentally retarded persons to dress by a reinforcement-guidance method. *Mental Retardation*, 14, 29-33.
- Baltes, M. M. y Zerbe, M. B. (1976). Re-establishment of self-feeding in a nursing home resident. *Nursing Research*, 25, 24-26.
- Baltes, M. M. y Werner-Wahl, H. (1987). Dependence in aging. En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (dirs.), *Handbook of clinical gerontology*. Nueva York: Pergamon.
- Bourgeois, M. S. (1990). Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer's disease using a prosthetic memory aid. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 23, 29-42.
- Bourgeois, M. S. (1991). Communication treatment for adults with dementia. *Journal of Speech and Hearing Research*, 34, 831-844.

- Burgio, K. L. y Burgio, L. D. (1991). The problem of urinary incontinence. En P. Wisocki (dir.), *Handbook of clinical behavior therapy with elderly clients*. Nueva York: Plenum.
- Burgio, K. L. y Engel, B. T. (1990). Biofeedback-assisted behavioral training for elderly men and women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 338-340.
- Burgio, K. L., Whitehead, W. E. y Engel, B. T. (1985). Urinary incontinence in the elderly: Bladder-sphincter biofeedback and toileting skills training. *Annals of Internal Medicine*, 103, 507-515.
- Carstensen, L. L. (1988). The emerging field of behavioral gerontology. *Behavior Therapy*, 19, 259-281.
- Carstensen, L. L. y Fisher, J. E. (1991). Treatment applications for psychological and behavioral problems of the elderly in nursing homes. En P. Wisocki (dir.), *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*. Nueva York: Plenum.
- Cerella, J., Poon, L. W. y Williams, D. (1980). Age and the complexity hypothesis. En L. W. Poon (dir.), *Aging in the 1980s: Psychological issues*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Chiverton, P. y Caine, E. D. (1989). Education to assist spouses in coping with AD: A controlled trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 593-598.
- Clay, E. C. (1980). Promoting urine control in older adults: habit retraining. *Geriatric Nursing*, 1, 252-254.
- Cleary, T. A., Clamon, C., Price, M. y Shullaw, G. (1988). A reduced stimulation unit: effects on patients with Alzheimer's disease and related disorders. *The Gerontologist*, 28, 511-514.
- Cohen-Mansfield, J. y Billig, N. (1986). Agitated behaviors in the elderly, a conceptual review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 34, 711-721.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P. y Marx, M. S. (1989). An observational study of agitation in agitated nursing home residents. *International Psychogeriatrics*, 1, 153-165.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P. y Marx, M. S. (1990). Screaming in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 785-792.
- Cohen-Mansfield, J., Werner, P., Culppepper, W. J., Wolfson, M. A. y Bickel, E. (en prensa). Wandering and aggression. En L. L. Carstensen, B. A. Edelstein y L. Dornbrand (dirs.), *The practical handbook of clinical gerontology*. Beverly Hills, Ca: Sage.
- Colenda, C. C. y Hamer, R. M. (1991). Antecedents and interventions for aggressive behavior of patients at a geropsychiatric state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 287-292.
- Craik, F. I. M. (1984). Age differences in human memory. En J. E. Birren y K. W. Schaie (dirs.), *Handbook of the psychology of aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Craik, F. I. M. y Jennings, J. M. (1992). Human memory. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (dirs.), *The handbook of aging and cognition*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Craik, F. I. M., Morris, R. G. y Glick, M. L. (1990). Adult age differences in working memory. En G. Vallar y T. Shallice (dirs.), *Neuropsychological impairments of short-term memory*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Crook, T. H. y Youngjohn, J. R. (1993). Development of treatments for memory disorders: The necessary meeting of basic and everyday memory research. *Applied Cognitive Psychology*, 7, 619-630.
- De Graaf, C., Polet, P. y Van Staveren, W. A. (1994). Sensory perception and pleasantness of food flavors in elderly subjects. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 49, P93-P99.
- Donat, D. C. (1986). Altercations amongst institutionalized psychogeriatric patients. *The Gerontologist*, 26, 227-228.

- Duke, L. W., Haley, W. E. y Bergquist, T. F. (1991). Cognitive-behavioral interventions for age-related memory impairment. En P. Wisocki (dir.), *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*. Nueva York: Plenum.
- Engel, B. T., Burgio, L. D., McCormick, K. A., Hawkins, A. M., Scheve, A. S. y Leahy, E. (1990). Behavioral treatment of incontinence in the long-term care setting. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 361-363.
- Fantl, J. A., Wyman, J. F., Harkins, S. W. y Hadley, E. C. (1990). Bladder training in the management of lower urinary tract dysfunction in women: A review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 329-332.
- Fisher, J. E., Carstensen, L. L., Turk, S. E. y Noll, J. P. (1993). Geriatric patients. En A. Bellack y M. Hersen (dirs.), *Handbook of behavior therapy in the psychiatric setting*. Nueva York: Plenum.
- Frewen, W. K. (1982). A reassessment of bladder training in detrusor dysfunction in the female. *British Journal of Urology*, 54, 372-373.
- Haley, W. E., Brown, S. L. y Levine, E. G. (1987). Family caregiver appraisals of patient behavioral disturbance in senile disturbance. *Clinical Gerontologist*, 6, 25-34.
- Hamel, M., Gold, D., Andres, D., Reis, M., Dastoor, D., Grauer, H. y Bergman, H. (1990). Predictors and consequences of aggressive behavior by community-based dementia patients. *The Gerontologist*, 30(2), 206-211.
- Hanley, I. (1986). Reality orientation in the care of the elderly patient with dementia - three case studies. En I. Hanley y M. Gilhooly (dirs.), *Psychological therapies for the elderly*. Washington Square, NY: New York University.
- Harris, J. E. (1980). Memory aids people use: Two interview studies. *Memory and Cognition*, 8, 31-38.
- Hope, R. A., y Fairburn, C. G. (1989). The nature of wandering in dementia: a community based study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 239-245.
- Horgas, A. L., Wahl, H. y Baltes, M. (en prensa). Dependency in late life. En L. L. Carstensen, B. A. Edelstein y L. Dornbrand (dirs.), *The practical handbook of clinical gerontology*. Beverly Hills, Ca: Sage.
- Hu, T. W., Igou, J. F., Kaltreider, D. L., Yu, L. C., Rohner, T. J., Dennis, P. J., Craighead, W. E., Hadley, E. C. y Ory, M. G. (1989). A clinical trial of a behavioral therapy to reduce urinary incontinence in nursing homes: Outcome and implications. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2656-2662.
- Hunt, T. y Lindley, C. J. (dirs.) (1989). *Testing older adults*. Austin, Tx: Pro-ed.
- Hussian, R. A. (1981). *Geriatric psychology: a behavioral perspective*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Hussian, R. A. (1987). Wandering and disorientation. En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (dirs.), *Handbook of clinical gerontology*. Nueva York: Pergamon.
- Hussian, R. A. (1988). Modification of behaviors in dementia via stimulus manipulation. *Clinical Gerontologist*, 8, 37-43.
- Hussian, R. A. y Davis, R. L. (1985). *Responsive care: Behavioral interventions with elderly persons*. Champaign, Il: Research.
- Jarman, P. H., Iwata, B. A. y Lorentzson, A. M. (1983). Development of morning self-care routines in multiply handicapped persons. *Applied Research in Mental Retardation*, 4, 113-122.
- Keating, J. C., Jr., Schulte, E. A. y Miller, E. (1988). Conservative care of urinary incontinence in the elderly. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 11, 300-308.
- Kegel, A. H. (1956). Stress incontinence of urine in women: Physiologic treatment. *Journal of the International College of Surgeons*, 25, 487-499.

- Kikuta, S. C. (1991). Clinically managing disruptive behavior on the ward. *Journal of Gerontological Nursing*, 17, 4-8.
- Knapp, M. S. y Shaid, E. C. (1991). Innovations in managing difficult behaviors. *Provider*, noviembre, 17-24.
- Laidlaw, R. W. y Hamilton, M. A. (1937). A study of thresholds in apperception of passive movement among normal control subjects. *Bulletin of the Neurological Institute*, 6, 268-273.
- Lam, D., Sewell, M., Bell, G. y Katona, C. (1989). Who needs psychogeriatric continuing care? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4, 109-114.
- La Rue, A. (1992). *Aging and neuropsychological assessment*. Nueva York: Plenum.
- Leibovici, A. y Tariot, P. N. (1988). Agitation associated with dementia: a systematic approach to treatment. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 49-53.
- Lemke, H. y Mitchell, R. D. (1972). Controlling the behavior of a profoundly retarded child. *American Journal of Occupational Therapy*, 26, 261-264.
- Leventhal, E. A. (1991). Biological aspects. En J. Sadavoy, L. W. Lazarus y L. F. Jarvik (dirs.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Lindley, C. J. (1989). Who is the older person? En T. Hunt y C. J. Lindley (dirs.), *Testing older adults: A reference guide for geropsychological assessments*. Austin, Tx: Pro-ed.
- Mayer, R. y Darby, S. J. (1991). Does a mirror deter wandering in demented older people? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 607-609.
- McEvoy, C. L. y Patterson, R. L. (1987). Behavioral treatment of deficit skills in dementia patients. *The Gerontologist*, 26, 475-478.
- Meyer, J., Schalock, R. y Genaidy, H. (1991). Aggression in psychiatric hospitalized geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 589-592.
- Moak, G. S. (1990). Characteristics of demented and non-demented geriatric admissions to a state hospital. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 799-801.
- Morley, J. E. y Reese, S. S. (1989). Clinical implications of the aging heart. *American Journal of Medicine*, 86, 77-86.
- Namazi, K. H., Rosner, T. T. y Calkins, M. P. (1989). Visual barriers to prevent ambulatory Alzheimer's patients from exiting through an emergency door. *Gerontologist*, 29, 699-702.
- National Center for Health Statistics (1979). The national nursing home survey: 1977 summary for the United States by Van Nostrand, J. F. et al. (DHEW) Publication No. 79-1794. *Vital and health statistics*. Series 13, No. 43. Washington, D.C.: Health Resources Administration, U.S. Government Printing Office.
- O'Neill, R. E., Horner, R. H., Albin, R. W., Storey, K. y Sprague, J. R. (1990). *Functional analysis of problem behavior*. Sycamore, Il: Sycamore Publishing Company.
- Palmstierna, T. y Wistedt, B. (1987). Staff Observation Aggression Scale, SOAS: Presentation and evaluation. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 76, 657-663.
- Patel, V. y Hope, R. A. (1992a). A rating scale for aggressive behavior in the elderly—the RAGE. *Psychological Medicine*, 22, 211-221.
- Patel, V. y Hope, R. A. (1992b). Aggressive behavior in elderly psychiatric inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 85, 131-135.
- Patel, V. y Hope, T. (1993). Aggressive behaviour in elderly people with dementia: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 457-472.
- Patterson, R. L., Dupree, L. W., Eberly, D. A., Jackson, G. W., O'Sullivan, M. J., Penner, L. A. y Dee-Kelly, C. (1982). *Overcoming deficits of aging: a behavioral approach*. Nueva York: Plenum.

- Pinkston, E. M. y Linsk, N. L. (1984). *Care of the elderly: A family approach*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Poon, L. W. (dir.) (1986). *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Poon, L. W., Gurland, B. J., Eisdorfer, C., Crook, T., Thompson, L. W., Kaszniak, A. W. y Davis, K. L. (1986). Integration of experimental and clinical precepts in memory assessment: A tribute to George Talland. En L. Poon (dir.), *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Rabins, P. V. (1989). Behavior problems in the demented. En E. Light y B. D. Lebowitz (dirs.), *Alzheimer's disease treatment and family stress: directions for research*. Rockville, Md: U.S. Dept of Health and Human Services.
- Rapp, M. S., Flint, A. J., Herrmann, N. y Proulx, G. (1992). Behavioural disturbances in the demented elderly: Phenomenology, pharmacotherapy, and behavioural management. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 651-657.
- Rinke, C. L., Williams, J. J., Lloyd, K. L. y Smith-Scott, W. (1978). The effects of prompting and reinforcement on self-bathing by elderly residents of nursing homes. *Behavior Therapy*, 6, 873-881.
- Risley, T. R. y Edwards, K. A. (mayo, 1978). *Behavioral technology for nursing home care: Toward a system of nursing home organization and management*. Comunicación presentada en the Nova Behavioral Conference on Aging, Port St. Lucie, Florida.
- Rosberger, Z. y MacLean, J. (1983). Behavioral assessment and treatment of "organic" behaviors in an institutionalized geriatric patient. *International Journal of Behavioral Geriatrics*, 1, 33-46.
- Ryden, M. B. (1988). Aggressive behavior in persons with dementia living in the community. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders: International Journal*, 2, 342-355.
- Salthouse, T. A., Babcock, R. L. y Shaw, R. J. (1991). Effects of adult age on structural and operational capacities in working memory. *Psychology and Aging*, 6, 118-127.
- Schnelle, J. F. (1990). Treatment of urinary incontinence in nursing home patients by prompted voiding. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 356-360.
- Schnelle, J. F., Traughber, B., Morgan, D. B., Embry, J. E., Binion, A. E. y Coleman, A. (1983). Management of geriatric incontinence in nursing homes. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 16, 235-241.
- Shepherd, R. J. (1981). Cardiovascular limitations in the aged. En E. L. Smith y R. C. Serfass (dirs.), *Exercise and aging: The scientific basis*. Hillside, NJ: Enslow.
- Shepherd, A. M., Montgomery, E. y Anderson, R. S. (1983). Treatment of genuine stress incontinence with a new perinometer. *Physiotherapy*, 69, 113.
- Shiffman, S. S. y Warwick, Z. S. (1993). Effect of flavor enhancement for the elderly on nutritional status: Food intake, biochemical measures, anthropometric measures. *Physiology and Behavior*, 53, 395-402.
- Silliman, R. A., Sternberg, J. y Fretwell, M. D. (1988). Disruptive behavior in demented patients living within disturbed families. *Journal of the American Geriatric Society*, 39, 617-618.
- Simpson, D. M. y Wicks, R. (1988). Spectral analysis of heart rate indicates reduced baroreceptor-related heart rate variability in elderly persons. *Journal of Gerontology*, 43, M21-M24.
- Sisson, L. A. y Dixon, M. J. (1986). Improving mealtime behaviors of a multihandicapped child using behavior therapy techniques. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 80, 855-858.

- Smith, W. L. (1988, mayo). *Behavioral interventions in gerontology: Management of behavior problems in individuals with Alzheimer's disease living in the community*. Comunicación presentada en la reunión de la Association for Behavior Analysis, Filadelfia, Pa.
- Songbein, S. K. y Awad, S. A. (1982). Behavioral treatment of urinary incontinence in geriatric patients. *Canadian Medical Association Journal*, 127, 863-864.
- Spangler, P. F., Risley, T. R. y Bilyet, D. P. (1984). The management of dehydration and incontinence in non-ambulatory geriatric patients. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 17, 397-401.
- Stimbert, V. E., Minor, J. W. y McCoy, J. F. (1977). Intensive feeding training with retarded children. *Behavior Modification*, 1, 517-530.
- Teri, L. y Logsdon, R. (1990). Assessment and management of behavioral disturbances in Alzheimer's disease. *Comprehensive Therapy*, 16, 36-42.
- Urinary Incontinence Guideline Panel (1992, marzo). *Urinary incontinence in adults: Clinical practice guidelines*. AHCPR Pub. No. 92-0038. Rockville, Md: Agency for Health Care Policy and Research, Public Health Service, U.S. Department of Health and Human Services.
- Vaccaro, F. J. (1988a). Application of operant procedures in a group of institutionalized aggressive geriatric patients. *Psychology and Aging*, 3, 22-28.
- Vaccaro, F. J. (1988b). Successful operant conditioning procedures with an institutionalized aggressive geriatric patient. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 71-79.
- Van Hasselt, V. B., Ammerman, R. T. y Sisson, L. A. (1990). Physically disabled persons. En A. S. Bellack, M. Hersen y A. E. Kazdin (dirs.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2ª edición). Nueva York: Plenum.
- Werner, P., Cohen-Mansfield, J., Braun, J. y Marx, M. S. (1989). Physical restraints and agitation in nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 1122-1126.
- Whitbourne, S. K. (1985). *The aging body. Physiological changes and psychological consequences*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Whitney, L. R. y Barnard, K. E. (1966). Implications of operant learning theory for nursing care of the retarded child. *Mental Retardation*, 4, 26-29.
- Wilson, B. A. y Moffat, N. (1984). *Clinical management of memory problems*. Londres: Aspen.
- Winger, J., Schirm, V. y Stewart, D. (1987). Aggressive behavior in long-term care. *Journal of Psychosocial Nursing*, 25, 28-33.
- Zarit, S. H. y VandenBos, G. R. (1990). Effective evaluation of memory in older persons. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 9-16.
- Zarit, J. y Zarit, S. (1987). Molar aging: The physiology and psychology of normal aging. En L. Carstensen y B. Edelstein (dirs.), *Handbook of clinical gerontology*. Nueva York: Pergamon.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Carstensen, L. y Edelstein, B. (dirs.) (1989). *Gerontología clínica. El envejecimiento y sus trastornos*. Nueva York: Pergamon.
- Carstensen, L., Edelstein, B. y Dorbrand, L. (dirs.) (en prensa). *The practical handbook of clinical gerontology*. Beverly Hills, Ca: Sage.
- Esper, R. y Navarro, J. F. (1995). *Demencias degenerativas: Enfermedad de Alzheimer*.

- En V. E. Caballo, G. Buela-Casal y J. A. Carrobes (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. I*. Madrid: Siglo XXI.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L. y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Junqué, C. y Jurado, M. A. (1994). *Envejecimiento y demencias*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Wisocki, P. (dir.) (1991). *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client*. Nueva York: Plenum.

23. TRATAMIENTO AMBULATORIO PARA PERSONAS CON RETRASO MENTAL

CHRISTINE M. NEZU, ARTHUR M. NEZU y LISA DELLI CARPINI

I INTRODUCCIÓN

A pesar de la clara evidencia de que las personas con retraso mental experimentan un rango completo de problemas psicológicos y emocionales (Matson y Barrett, 1982), históricamente la gente con diagnóstico doble de retraso y trastorno mentales ha tenido dificultades especiales para recibir la atención de los servicios de salud mental. Varios autores han indicado que esos individuos se encontrarían en "tierra de nadie" entre los servicios de salud mental y los de retraso mental, y han observado además una falta de voluntad por parte de muchos profesionales de la salud mental en abordar ese espacio (Nezu y Nezu, 1994). Como consecuencia, las personas que tienen un "diagnóstico doble" han permanecido con un nivel de servicios considerablemente inferior con respecto a sus necesidades de tratamiento psicológico. Sin embargo, recientemente se han realizado importantes intentos para abordar este descuido. Por ejemplo, el número de febrero de 1994 de la *Journal of Consulting and Clinical Psychology* se dedicó totalmente al tema del retraso y el trastorno mental. No obstante, cualquier intento de entender la forma de abordar las necesidades de tratamiento ambulatorio en las personas con discapacidades del desarrollo requiere que se considere la conducta adaptativa y la intelectual.

II. RETRASO MENTAL Y FUNCIONAMIENTO ADAPTATIVO

Desde la creación de la American Association on Mental Retardation (AAMR) en 1876, el concepto y la definición del retraso mental ha cambiado de forma importante (AAMR, 1992). La definición de retraso mental presentada en la novena y más reciente edición del *Manual sobre retraso mental*, publicado en 1992, refleja estos cambios. De manera específica, esta definición se centra en la interacción entre el individuo, el ambiente y las áreas adaptativas específicas asociadas con el trastorno (AAMR, 1992).

El retraso mental se refiere a limitaciones importantes del funcionamiento actual. Se caracteriza por un funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media, existiendo al mismo tiempo limitaciones en dos o más de las siguientes áreas de habilida-

des adaptativas: comunicación, cuidado de uno mismo, la vida en casa, las habilidades sociales, la utilización de la comunidad, el control del propio comportamiento, la salud y la seguridad, los aspectos escolares, el ocio y el trabajo. El retraso mental se manifiesta antes de los 18 años [AAMR, 1992, p. 5].

Con el fin de confirmar un diagnóstico de retraso mental, un individuo tiene que poseer un CI de cerca de 70-75 ó inferior y debe mostrar evidencias de limitaciones de la habilidad de adaptación al menos en dos áreas de las habilidades adaptativas. Los criterios proporcionados en la última edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (APA, 1994) sobre el retraso mental refleja la definición de la AAMR:

A. Funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media: un CI de cerca de 70 ó inferior en un sujeto al que se le ha administrado un test de inteligencia (en los niños, una opinión clínica de funcionamiento intelectual significativamente por debajo de la media).

B. Deterioros o déficit concurrentes en el funcionamiento adaptativo presente (p. ej., la eficacia de la persona para satisfacer los patrones esperados a su edad por su grupo cultural en, al menos, dos de las siguientes áreas de habilidades: comunicación, cuidado de uno mismo, la vida en casa, las habilidades sociales/interpersonales, el uso de los recursos de la comunidad, el gobierno de uno mismo, las habilidades académicas funcionales, el trabajo, el ocio, la salud y la seguridad).

C. La aparición se produce antes de los 18 años.

En Estados Unidos, el número de adultos con retraso mental que residen en la comunidad ha aumentado notablemente en los últimos veinte años debido a una tendencia hacia la desinstitutionalización nacional. A pesar de muchas de las consecuencias positivas proporcionadas por esta integración en la comunidad de los adultos con discapacidades del desarrollo, el proceso de asimilación ha llevado también a un aumento en las experiencias estresantes de la vida. Los problemas de empleo, las dificultades económicas y las preocupaciones interpersonales pueden ser abrumadores para los individuos con posibles vulnerabilidades psicológicas, cognitivas, sociales y/o biológicas. La combinación de estas vulnerabilidades con un aumento del estrés puede explicar en parte las elevadas tasas de prevalencia de la psicopatología encontradas entre individuos con retraso mental (Matson y Sevin, 1994; Nezu, Nezu y Gill-Weiss, 1992) que viven en la comunidad. Las estimaciones actuales de comorbilidad (trastorno y retraso mentales como problemas coexistentes) han ido desde el 10 hasta el 85% (véanse Borthwick-Duffy, 1994 y Nezu *et al.*, 1992, para revisiones de los estudios epidemiológicos). Los síntomas conductuales asociados con la comorbilidad en la población con retraso mental a menudo hace que estos individuos pierdan su libertad y sean llevados a ambientes más restrictivos. De esta forma, sin tener acceso a modos de aumentar las habilidades adaptativas para la vida, muchos adultos mentalmente retrasados no pueden mantener su situación de vida en la comunidad.

III. OBSTÁCULOS PARA EL TRATAMIENTO EFICAZ

A pesar de la necesidad de servicios eficaces diseñados para abordar las necesidades de los individuos con diagnóstico doble, el número de investigaciones realizadas sobre la evaluación y el tratamiento es muy limitado (Nezu *et al.*, 1992; Reiss, 1985). Las razones que subyacen a la falta de investigaciones científicas relativas al desarrollo y comprobación de tratamientos eficaces para esta población son diversas y pueden estar asociadas con viejos sesgos profesionales (Nezu *et al.*, 1992). Por ejemplo, muchos profesionales creen que la gente con retraso mental es de alguna manera inmune al trastorno mental (Fletcher, 1988). Otra razón implica la percepción de que la existencia de déficit intelectuales tiene prioridad sobre la presencia de síntomas psiquiátricos (Reiss, Levitan y Szyszko, 1982). Un factor más que contribuye a la falta de atención empírica sobre la evaluación de la psicoterapia para personas con retraso mental incluye el sesgo del terapeuta, especialmente entre los psicoanalistas y los terapeutas centrados en el cliente. En el pasado, muchos de esos clínicos han considerado a los pacientes con retraso mental como candidatos inapropiados para la psicoterapia (Rogers y Dymond, 1954). Finalmente, la dicotomización entre la salud y el retraso mentales en organismos federales y del gobierno ha servido también para minimizar el interés profesional en el desarrollo de programas eficaces de psicoterapia ambulatoria para personas con discapacidades del desarrollo. Por ejemplo, las personas con retraso mental que se remiten a una clínica de retraso mental para ser tratados raramente tienen el mismo acceso a los sistemas de salud mental.

En conjunto, estos factores han llevado a una penuria de investigaciones empíricas que atestigüen la eficacia de estrategias empíricas para los distintos problemas clínicos padecidos por esos individuos. Esto subraya la importancia de redirigir nuestros esfuerzos profesionales en un intento de desarrollar mejores instrumentos de evaluación y procedimientos de tratamiento para adultos con discapacidades del desarrollo. Este capítulo se centrará en las bases teóricas y empíricas del tratamiento de los individuos con diagnóstico doble. Primero presentaremos una revisión de algunas consideraciones generales de evaluación, puesto que el tratamiento no puede existir aislado de los procedimientos de evaluación. Sin embargo, la descripción detallada de las estrategias de evaluación se encuentran fuera del alcance de este capítulo y pueden encontrarse en fuentes alternativas (p. ej., Nezu *et al.*, 1992). Luego, describiremos brevemente y criticaremos los enfoques de tratamiento conductual y cognitivo-conductual. Creemos que la literatura actual apoya el empleo de estrategias cognitivo-conductuales, basadas en los principios del aprendizaje social, como una alternativa eficaz de tratamiento para esta población. Finalmente, se proporcionarán directrices para la investigación futura sobre el tratamiento.

IV. CONSIDERACIONES DE LA EVALUACIÓN

A pesar de los progresos del conocimiento en el campo del retraso mental en las últimas décadas, no existe todavía un amplio cuerpo de literatura de investigación al que puede consultar un terapeuta con el fin de guiarse al diseñar un programa de tratamiento para un individuo con doble diagnóstico. La cuestión empírica y aplicada planteada por Paul (1969) hace más de dos décadas se hace especialmente difícil de contestar en esta población —«¿Qué tratamiento, por quién, es más eficaz para este sujeto con ese problema específico, bajo qué conjunto de circunstancias?». Desgraciadamente, no existe una contestación fácil a esta pregunta. Incluso dentro de la población general, no hay un “manual de tratamiento” al que puedan acudir los clínicos cuando plantean una intervención. Todo paciente se trata como un individuo con un conjunto único de circunstancias que rodean su trastorno. Lo mismo ocurre con los individuos de doble diagnóstico. Según Petronko, Harris y Kormann (1994), el uso del término diagnóstico doble conlleva la presencia de dos discapacidades que a menudo origina problemas en la evaluación y el tratamiento. Estos autores concluyen que el futuro del tratamiento, con base en la comunidad, para los individuos con doble diagnóstico requerirá de profesionales que estén dispuestos a defender con firmeza los derechos de esta población. Es probable que la etiología de los problemas emocionales de un sujeto con retraso mental sea compleja (Nezu *et al.*, 1992). Por consiguiente, cualquier intento de explicar la psicopatología que se centre en un único fenómeno no satisfará la realidad clínica. Además, aquellas personas, como los padres y los profesores, que sería más probable que remitieran a un individuo con retraso mental para la evaluación de la psicopatología, puede que no lo hagan debido a la dificultad en diferenciar el trastorno mental de los problemas de la conducta adaptativa asociados al retraso mental (Borthwick-Duffy, 1994). Se defiende un modelo de solución de problemas para la evaluación clínica y la toma de decisiones en el tratamiento, como medio de abordar de forma óptima la heterogeneidad de los pacientes y la complejidad que se encuentra en el proceso de cambio de conducta en el caso de los individuos con doble diagnóstico. Dentro de este marco, el análisis conductual y el diagnóstico son parte de un proceso global de evaluación; es decir, la combinación de un diagnóstico preciso y de unos procedimientos acertados de evaluación conductual produce un cuadro más completo.

V. LA EVALUACIÓN MULTIMODAL

Una evaluación empírica, multimodal, incluye una evaluación de las virtudes y debilidades del individuo en las dimensiones biológica, neurológica, intelectual, de desarrollo, adaptativa, fisiológica, psicosocial y conductual. Sin embargo, la presencia de fenómenos asociados normalmente a las deficiencias intelectuales, como el pensamiento concreto o los déficit de la expresión verbal, pueden hacer

difícil la diferenciación de los síntomas psiquiátricos. Existen muchos obstáculos para la evaluación psiquiátrica precisa de una persona con discapacidades del desarrollo. Una de ellas implica el diagnóstico mismo de retraso mental. Independientemente de las pruebas empleadas para evaluar la inteligencia y el funcionamiento adaptativo, es muy importante que el clínico que analice los resultados se centre en las funciones evaluadas por los distintos ítems del test. Este enfoque permite una mayor comprensión de las virtudes y debilidades del individuo. Un segundo obstáculo a la evaluación correcta lo constituyen las propias limitaciones cognitivas o de desarrollo del paciente. Como consecuencia de estas limitaciones, el clínico debe conocer los déficit de adaptación predecibles asociados a distintos rangos de edad y niveles de funcionamiento intelectual. Un tercer obstáculo proviene del fenómeno del «enmascaramiento diagnóstico» (Reiss *et al.*, 1982), que puede hacer que los clínicos infradiagnostiquen la patología en adultos con retraso mental debido a que la conducta desadaptativa se ve como una característica asociada del retraso mental, en vez de un síntoma con importancia diagnóstica. Un modo útil de superar este obstáculo cuando se consideran distintas posibilidades diagnósticas es acordarse de buscar evidencias que invaliden las hipótesis clínicas y examinar en profundidad el contexto en el que se dan los síntomas. Finalmente, la presencia de múltiples factores etiológicos asociados con la patología puede constituir un obstáculo en donde la mejor forma de superarlo es abordando las variables a evaluar en todas las áreas relevantes: médica, psicológica, familiar, social, emocional y educativa. Además, la evaluación de cada área requiere del empleo de instrumentos de diagnóstico fiables y válidos, tales como los datos pertinentes de la historia del individuo, cuadernillos de evaluación, listas de síntomas, formatos de registro conductual y tests estandarizados.

Si nos atenemos a un punto de vista de causalidad múltiple, se debería ampliar la búsqueda de problemas específicos importantes para incluir áreas que se encuentran más allá del propio individuo. Es decir, además de centrarse en el paciente, la evaluación y el tratamiento deberían incluir también el ambiente y el sistema de prestación de cuidados al sujeto. En este sistema están incluidas las personas de la vida del paciente que tienen la responsabilidad directa de proporcionarle apoyo, cuidado y supervisión de forma diaria y continua. La amplia categoría del ambiente abarca el entorno físico y social. Las variables sociales incluyen a los amigos, compañeros de trabajo y de habitación, y otros individuos que entran en contacto con el paciente. Las variables físicas incluyen el lugar de residencia y los alrededores. Algunas o todas las variables de las tres categorías generales —paciente, sistema de prestación de cuidados y ambiente— pueden funcionar como factores causales o de mantenimiento de los problemas presentes. Así, cualquiera de estas variables puede representar objetivos viables de tratamiento.

Una vez que se ha realizado una evaluación completa y amplia, la siguiente fase de la intervención clínica entraña el diseño de un plan global de intervención que se individualice para ayudar al paciente en los objetivos de tratamiento identificados. Al desarrollar ese plan de tratamiento, el terapeuta necesita escoger estrategias de intervención e identificar procedimientos apropiados de entrenamiento que tengan alguna base empírica en la literatura científica.

En resumen, los procedimientos de evaluación multicomponentes descritos anteriormente deberían guiar al clínico en el plan de tratamiento, incluyendo los siguientes factores: 1) una clara comprensión de los distintos componentes del doble diagnóstico; es decir, un conocimiento de la definición de retraso mental y de la comorbilidad del trastorno mental; 2) un procedimiento de evaluación amplio/multimodal que permita conocer los déficit y virtudes específicos del individuo, y 3) la capacidad para llevar a cabo el enfoque de tratamiento en un entorno que sea útil al propósito de optimizar el éxito en distintos lugares y a lo largo del tiempo. Estos son los criterios últimos por los que evaluar el tratamiento en los individuos con diagnóstico doble. Un cuarto factor en el desarrollo de un plan eficaz de tratamiento es un conocimiento completo de los distintos procedimientos disponibles para esta población así como de las ventajas de utilizar un enfoque combinado de tratamiento. En un intento de abordar este tema, revisaremos la literatura en las siguientes páginas e intentaremos proporcionar un resumen de las estrategias que pueden ser potencialmente eficaces en lugares ambulatorios para individuos con doble diagnóstico.

Aunque reconocemos la ambigüedad asociada con el concepto de psicoterapia ambulatoria, queremos hacer una distinción entre estos enfoques de los que se llevan a cabo principalmente en instituciones o clínicas de residencia interna. Ya que las tendencias en todo el mundo relativas al cuidado de la salud mental reflejan una política de desinstitucionalización, es muy importante la necesidad de servicios prestados por la comunidad que proporcionen psicoterapia sobre una base ambulatoria (Matson, 1984b).

VI ENFOQUES CONDUCTUALES

Aunque no son mutuamente excluyentes, hemos dividido estructuralmente la literatura conductual en enfoques basados principalmente en el aprendizaje operante, en el condicionamiento respondiente y en los paradigmas del aprendizaje social.

Las estrategias clínicas basadas en los principios del aprendizaje operante y del respondiente que se han aplicado y evaluado en instituciones o clínicas de residencia interna han demostrado ser eficaces programas de tratamiento para un amplio rango de problemas padecidos por adultos con retraso mental y trastornos conductuales y emocionales concomitantes. Los problemas tratados incluyen miedos y fobias, problemas con el aseo, habilidades de habla deficientes, obesidad, trastornos por ansiedad, agresividad, trastornos de comportamiento, conductas sociopáticas, automutilación, conducta autolesiva, conductas sintomáticas específicas de la esquizofrenia y de la depresión mayor, enuresis, encopresis, coprofagia, vómitos que son masticados una y otra vez, y déficit conductuales específicos asociados con el autismo (para revisiones más extensas véanse los trabajos de Bornstein, Bach y Anton, 1982; Scibak, 1986; Whitman, Hantula y Spence, 1990; Whitman, Scibak y Reid, 1983).

VI.1. Estrategias operantes

Los procedimientos conductuales de base operante descritos en la literatura incluyen una variedad de estrategias de control de las contingencias como el refuerzo diferencial, la economía de fichas, el castigo, el tiempo fuera, las instigaciones, la sobrecorrección y la saciación. En una revisión, Whitman *et al.* (1990) señalaron que la literatura sobre los resultados del tratamiento que evaluaba las estrategias conductuales ha mejorado en general en su rigor metodológico. Rcalmente se ha desarrollado una tecnología impresionante para disminuir la conducta desadaptativa y aumentar la adaptativa. Sin embargo, existen algunos problemas relativos a los procedimientos de base operante que limitan la facilidad con la que se pueden utilizar esos enfoques clínicos en una variedad de lugares de tratamiento.

En primer lugar, una crítica importante de muchos de los estudios sobre tratamiento que emplean técnicas conductuales de base operante es que se han llevado a cabo en entornos controlados, como instituciones, lugares residenciales y salas de clase. Además, las intervenciones requieren un equipo de profesionales entrenados que sea capaz de llevar a cabo con eficacia programas de manejo de las contingencias. En lugares menos restrictivos, como en casas grupales, o en casos en los que el individuo vive con los miembros de su familia, el llevar a cabo complejos programas de manejo de las contingencias se vuelve más difícil. El entrenar a las personas que cuidan de los sujetos con retraso mental en técnicas de control conductual requiere que esas personas estén motivadas, sean competentes y también ingeniosas, características que no están siempre presentes (Nezu *et al.*, 1992). En segundo lugar, incluso cuando las estrategias de intervención son eficaces, existen a menudo problemas relativos al mantenimiento de los beneficios del tratamiento y a la generalización de estas conductas a nuevos contextos (Whitman, 1990). Como han señalado Matson y Gardner (1991), el empleo de procedimientos operantes en sujetos con retraso mental continúa siguiendo el modelo de "entrena y espera" para la generalización y el mantenimiento (Stokes y Baer, 1977). Sin el aprendizaje satisfactorio de las habilidades de afrontamiento necesarias para ejercer un impacto sobre distintas situaciones del ambiente, el empleo de estrategias estrictamente operantes puede dar como resultado la pérdida de los beneficios del tratamiento logrados por medio de esas estrategias (Nezu *et al.*, 1992).

Finalmente, con respecto a problemas objetivo específicos como la agresión, un tema importante de la literatura sobre la modificación de conducta ha sido centrarse en los procedimientos de castigo (Gardner, 1988). Estas intervenciones, aunque potencialmente eficaces, ofrecen importantes obstáculos legales y éticos por los derechos de los pacientes a un tratamiento menos restrictivo.

VI.2. Estrategias de base respondiente

Una segunda categoría general de los enfoques de tratamiento conductual para los adultos con retraso mental se refiere a aquéllos basados en los principios del

condicionamiento respondiente. Por ejemplo, los diseños de caso único, como el llevado a cabo por Schloss *et al.* (1989), han proporcionado un apoyo inicial a la eficacia de un enfoque de condicionamiento respondiente (p. ej., relajación muscular progresiva y desensibilización sistemática) para reducir las respuestas de ira en un sujeto. Se ofrecieron datos también sobre la generalización a lugares y situaciones del propio entorno del paciente. Además, Guralnik (1973) combinó la desensibilización sistemática con un procedimiento en vivo al tratar el miedo a las alturas que padecía un paciente masculino de 21 años con el síndrome de Down. Peck (1977) utilizó un diseño de grupo para reproducir estudios de tratamiento por medio de la desensibilización, desarrollados en un principio para pacientes con una inteligencia normal, en individuos con retraso mental. Se identificaron veinte sujetos con miedo a las ratas o a las alturas según un cuestionario de miedos y un test de evitación conductual. Se compararon cuatro grupos de tratamiento (de cuatro sujetos por grupo) y se incluyeron distintas estrategias de desensibilización, un grupo placebo y un grupo control sin tratamiento. Aunque el tamaño de la muestra utilizado en esta investigación puede haber obstaculizado la capacidad de Peck para sacar conclusiones seguras, se encontró una tendencia hacia una eficacia superior en un programa de tratamiento por medio de la desensibilización por contacto. En otra investigación, de McPhail y Chamove (1989), se halló que el entrenamiento en relajación era eficaz para reducir la agresión y las interrupciones verbales en un grupo de seis individuos con retraso mental, en comparación con un grupo control de seis sujetos.

Estos estudios y otros apoyan la eficacia potencial de técnicas de base respondiente para abordar las necesidades de tratamiento de los individuos con diagnóstico doble. Los investigadores han empleado también enfoques de condicionamiento respondiente junto con estrategias operantes como los programas de reforzamiento, en un intento de mejorar la eficacia global. Intervenciones como éstas pueden ser de especial utilidad para transferir los beneficios terapéuticos obtenidos en la clínica al entorno del paciente. Por ejemplo, Waranch *et al.* (1981) describieron el empleo de procedimientos de refuerzo para facilitar la terminación de las tareas para casa, pertenecientes a ensayos de contracondicionamiento en vivo, como importante para la generalización de los efectos socialmente relevantes del tratamiento. Sin embargo, a pesar de la eficacia potencial de este enfoque combinado, es difícil, y a menudo poco realista, encontrar individuos que lleven a cabo estos procedimientos en una clínica para pacientes externos. En general, las estrategias de tratamiento más eficaces podrían ser aquellas que permiten que el individuo aprenda a regular su propia conducta. Estas estrategias aplican principios del aprendizaje social y estrategias cognitivo-conductuales.

VI.3. *El tratamiento cognitivo-conductual*

Whitman (1990) ha planteado que las intervenciones clínicas basadas en el aprendizaje social y en la teoría de la autorregulación pueden ser más eficaces que los sistemas de manejo de las contingencias externas para que los individuos con retraso mental aprendan las habilidades de afrontamiento necesarias. Las

ventajas de estas estrategias sobre los enfoques estrictamente conductuales es que abordan de forma más completa los temas del mantenimiento y de la generalización. La teoría del aprendizaje social se apoya notablemente en los procesos cognitivos que juegan un papel en el cambio de la conducta. Centrándose en estos factores cognitivos, el individuo puede llegar a estar mejor equipado para regular su propia conducta en lugares diferentes. Una reciente revisión de los procedimientos de autocontrol empleados para facilitar una amplia variedad de habilidades profesionales y académicas, indicó que las personas con discapacidades del desarrollo pueden aprender a poner en práctica satisfactoriamente esos procedimientos (Harchik, Sherman y Sheldon, 1992). Con una mayor relevancia clínica, se encontró que los procedimientos de autocontrol eran eficaces para reducir las conductas verbales perturbadoras de un adulto con retraso mental en un lugar de rehabilitación profesional (Gardner, Cleeves y Cole, 1983).

En general, los enfoques basados en el aprendizaje social incluirán estrategias como el modelado participante, el ensayo de conducta, el autorrefuerzo, y otros procedimientos cognitivo-conductuales como el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento asertivo, el entrenamiento en autoinstrucciones y el entrenamiento en habilidades sociales.

En un estudio, Matson (1981) evaluó la eficacia del modelado participante como estrategia para disminuir el excesivo temor a participar en actividades comunes. Se igualaron en sexo y gravedad del miedo 24 adultos con retraso mental y luego se asignaron aleatoriamente a un grupo control sin tratamiento o a un grupo de modelado participante. El tratamiento activo implicó, en primer lugar, que uno de los entrenadores ensayase el ir de tiendas y llevar a cabo actividades que tenían que ver con los sujetos, en una situación de taller protegido. Luego, el terapeuta acompañó a los pacientes hasta una tienda de ultramarinos del barrio en donde realizaron tareas específicas de compra por medio de aproximaciones sucesivas. El tratamiento se llevó a cabo durante un período de tres meses. Las personas incluidas en el grupo de modelado participante dieron muestras de más habilidades para ir de tiendas y menos temor que los pacientes no tratados. Además del rigor metodológico que caracterizó esta investigación, tiene una especial importancia el hecho de que Matson abordase un problema socialmente relevante, es decir, la integración en la comunidad.

Benson, Rice y Miranti (1986) evaluaron varios formatos diferentes de procedimientos de autocontrol, como el entrenamiento en el control de la ira en 54 adultos con retraso mental leve y moderado. De modo específico, se compararon entre sí tres intervenciones (relajación muscular progresiva, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento en afrontamiento por medio de autoinstrucciones) así como con otra condición combinada que incluía los tres procedimientos anteriores. Los resultados, después de 12 semanas de terapia, mostraron disminuciones significativas de las respuestas agresivas para todos los sujetos de las cuatro condiciones. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre estos programas de intervención. Aunque no se incluyó un grupo control sin tratamiento, limitando así las conclusiones sobre el resultado real de los efectos observados del mismo, este estudio subraya la eficacia potencial de los procedimientos de autocontrol en los adultos con retraso mental.

Otros estudios que han examinado la eficacia de los enfoques con base en el aprendizaje social para los individuos con retraso mental añaden más pruebas que apoyan la utilidad de esas estrategias. Los resultados de estas investigaciones indican que técnicas como el modelado, el ensayo de conducta y la retroalimentación han sido eficaces para enseñar habilidades de protección de uno mismo (Haseltine y Miltenberger, 1990) y habilidades interpersonales de tipo laboral (Foss, Auty e Irvin, 1989).

Se ha encontrado que el entrenamiento en habilidades sociales, como medio para aumentar el funcionamiento interpersonal y la conducta asertiva, es un procedimiento eficaz para adultos con retraso mental (Bregman, 1984; Kirkland y Caughlin-Carver, 1982; Matson y Senatore, 1981; Stacey, Doleys y Malcolm, 1979; Turner, Hersen y Bellack, 1978). Posteriormente, los procedimientos de entrenamiento en habilidades sociales se han empleado con eficacia para mejorar las habilidades de toma de decisiones asociadas a la educación de los hijos en madres con retraso mental (Tymchuk, Andron y Rahbar, 1988). Nueve madres con retraso mental recibieron entrenamiento de grupo en la toma de decisiones utilizando viñetas que describían situaciones de educación de los hijos. Los resultados indicaron que el empleo de habilidades de toma de decisiones mejoró significativamente por medio de esta intervención. El enseñar habilidades sociales a trabajadores con retraso mental ha mostrado también algunas pruebas de ser una estrategia eficaz de tratamiento (O'Reilly y Chadsey-Rusch, 1992).

El entrenamiento en asertividad ha sido también eficaz para disminuir el malestar, la sintomatología psiquiátrica y los problemas de control de la ira en adultos con retraso mental y diagnóstico doble, facilitando igualmente su conducta asertiva y adaptativa (Nezu, Nezu y Arian, 1991).

En el mismo estudio, Nezu *et al.* (1991) evaluaron los efectos del entrenamiento en habilidades de solución de problemas sociales. Más específicamente, utilizando un diseño contrabalanceado, se asignaron 28 adultos con diagnóstico doble a tres condiciones. Los sujetos de la primera condición (SP/EA) recibieron cinco semanas de entrenamiento en solución de problemas seguido por cinco semanas de entrenamiento asertivo. Los miembros de una segunda condición de tratamiento, EA/SP, recibieron el mismo programa, aunque a la inversa. Diez individuos se incluyeron en un grupo control de lista de espera.

El entrenamiento en solución de problemas se adaptó de un enfoque de terapia aplicado con éxito para tratar adultos clínicamente deprimidos pero sin discapacidades (Nezu, Nezu y Perri, 1989). Los resultados en la mitad del tratamiento (cinco semanas) y en el postratamiento (diez semanas) indicaron disminuciones significativas, para los sujetos de ambos grupos de tratamiento, en las respuestas agresivas, en la sintomatología psiquiátrica y en las sensaciones de malestar, comparados con los sujetos del grupo control. Se encontró también que las habilidades de solución de problemas, la conducta asertiva y el funcionamiento adaptativo aumentaban significativamente del pre- al postratamiento. Sin embargo, no se hallaron diferencias entre los dos programas de entrenamiento en habilidades en las medidas dependientes. Los beneficios del tratamiento se mantenían en el período de seguimiento a los tres meses.

En una serie de estudios de caso único, metodológicamente adecuados, so-

bre distintos problemas emocionales, Matson (1989) utilizó un marco de aprendizaje social que guiase el desarrollo de un paquete general de tratamiento donde se incluía el modelado, la representación de papeles, la retroalimentación de la actuación, instrucciones y refuerzo social. Los problemas psicológicos incluían la depresión (Matson, 1982a), la conducta obsesivo compulsiva (Matson, 1982b) y quejas psicósomáticas (Matson, 1984a). Aunque es difícil averiguar qué componentes funcionaban como ingredientes activos responsables de los efectos positivos del tratamiento debido a la naturaleza "compacta" del enfoque empleado, estos casos representan probablemente un acercamiento más exacto de lo que los terapeutas hacen realmente en el "mundo real". Además, los resultados positivos relatados por estos estudios de caso demostraron la viabilidad potencial de las estrategias del aprendizaje social.

En un enfoque similar, Losada-Paisey y Paisey (1988) describieron un amplio paquete de tratamiento que abordaba los déficit en habilidades de sujetos ofensores sexuales con retraso mental. El paquete, que constaba de componentes de las habilidades sociales, como la educación sexual, y de componentes conductuales, como la economía de fichas y la psicoterapia conductual, tuvo éxito en lograr una integración parcial a la comunidad en cinco de los siete sujetos. En otro estudio sobre el tratamiento de la conducta sexual desviada, Lund (1992) describió un enfoque conductual multicomponente para ofensores sexuales con discapacidades del desarrollo que incluía el entrenamiento en habilidades sociales, la educación sexual y procedimientos de manejo de las contingencias. El resultado satisfactorio, que se definió en parte como una disminución de la conducta ofensiva y un aumento del funcionamiento independiente, no estaba asociado a un componente específico de tratamiento. Estos programas, basados en las habilidades sociales, representan una desviación de los enfoques anteriores para el tratamiento de los ofensores sexuales, que solían incluir estrategias aversivas y se fundamentaban en los principios del condicionamiento clásico y operante, y se centran más en la adquisición de habilidades adaptativas.

La obesidad en los sujetos con retraso mental se ha tratado también con éxito por medio de un enfoque del aprendizaje social que incluía varias estrategias conductuales de autocontrol y de prevención de las recaídas para la pérdida de peso, como el autorregistro de la ingestión de calorías, la disminución de la ingesta diaria de comida y el autorrefuerzo por el logro de objetivos (Fox, Hanioles y Rotatori, 1984; Rotatori, Fox y Switzy, 1980).

VI.4. Ejemplo de un caso clínico

El siguiente ejemplo de un caso se presenta con el fin de describir una intervención real con un individuo con discapacidades del desarrollo donde se han empleado estrategias descritas en el apartado anterior. Presentamos el caso de Carlos, un hombre de 28 años con un retraso mental leve y un diagnóstico simultáneo de esquizofrenia. El equipo médico de la institución donde residía le remitieron a uno de los autores para que fuese tratado, debido a problemas con el control de su conducta —de modo específico, la agresividad hacia los demás residentes y hacia

el equipo médico. A Carlos se le describió como "sobrereactivo", "paranoide" y "explosivo". Por ejemplo, había amenazado a otro residente con un cuchillo porque a éste le llevó mucho tiempo terminar su colada. Carlos culpó del hecho a la idea de que no le agradaba al otro residente.

Después de una evaluación completa, se descubrió que el problema específico más destacado de Carlos era la impulsividad. La decisión del terapeuta fue construir un programa paso a paso para moldear la conducta de autocontrol de Carlos. El programa individualizado empezó con estrategias básicas de relajación y finalmente se introdujeron estrategias cognitivo-conductuales de autocontrol.

A Carlos se le enseñó en primer lugar a pensar antes de reaccionar. En un principio, aprendió a respirar profundamente para detener la ansiedad progresiva y contrarrestar la tensión muscular. Luego, se le enseñó a contar hasta 10, y más tarde a respirar profundamente. Debido a que le era difícil aprender esto, el terapeuta añadió un paso intermedio para ayudarlo a cambiar su conducta hacia un mejor autocontrol. Carlos se diría a sí mismo "alto" e intentaría continuar con la relajación y la respiración profunda. Luego empezaría a contar hasta 10 mientras seguía respirando lenta y profundamente.

Carlos practicó esta técnica de relajación varias veces en cada sesión; también se le requirió que practicara entre sesiones. Recibió una especie de tarjeta índice con recordatorios gráficos de las técnicas y se entrenó a los miembros del equipo médico de su residencia para que le enseñaran a practicarla. Además, se les explicó la justificación de las técnicas, de modo que las personas que le cuidaban pudieran complementar el tratamiento reforzando el progreso de Carlos. El entrenamiento del equipo de profesionales de la salud de la residencia fue también un medio estratégico para generalizar las nuevas habilidades de Carlos, ya que éstas serían fundamentales para proporcionarle un entorno terapéutico positivo en la residencia.

Cuando Carlos demostró su capacidad para aplicar las estrategias de autocontrol, estaba ya preparado para las representaciones de papeles estructuradas, donde podía practicar las nuevas habilidades en situaciones que le provocaban una gran cólera. Algunas de las representaciones de papeles se basaban en circunstancias reales. Para otras, el terapeuta y el paciente inventaban juntos escenas que producirían probablemente ira y resentimiento. A menudo se incluía a los miembros del equipo médico en estas sesiones, lo que proporcionaba un entorno seguro en el que Carlos podía practicar las respuestas conductuales en situaciones potencialmente provocadoras de ira.

Gradualmente, Carlos empezó a aplicar estas técnicas fuera del lugar donde recibía la terapia, en las situaciones reales que desencadenaban resentimiento e ira. Debido a que se incluyó a los miembros del equipo médico en el entrenamiento global, éstos se encontraban disponibles frecuentemente para ayudar a guiar su conducta y reforzar las aproximaciones hacia un autocontrol más eficaz.

En este punto se introdujeron varias intervenciones cognitivo-conductuales más. Con un cierto éxito inicial para poner freno a la tendencia de Carlos de actuar antes de pensar, el terapeuta fue capaz de introducir nuevas estrategias de

afrontamiento y desarrollar nuevas habilidades cognitivas. Se inició el entrenamiento en solución de problemas (Nezu y Nezu, 1991). Así, con este procedimiento, cuando Carlos se sentía rechazado, el terapeuta revisaba conjuntamente con él todas las formas posibles de reacción. Una opción era volverse agresivo, como a menudo había hecho en el pasado. Otra opción podría ser ir a su habitación, donde se podía tranquilizar y utilizar las técnicas de relajación. Una tercera opción podía incluir hablar con su psicólogo y pedirle que le ayudara a distraerse o a pensar en el problema. Se repasaban también las consecuencias predecibles para cada una de las opciones. Por ejemplo, a los actos agresivos les seguiría probablemente la restricción física, la pérdida de privilegios, la hospitalización y que los demás le rehuyesen.

Carlos tuvo en un principio problemas para aprender a anticipar las consecuencias de sus acciones. Una estrategia útil era revisar los incidentes pasados como una forma de aprender a predecir las posibles consecuencias futuras. Gradualmente, Carlos se volvió muy experto en asociar consecuencias predecibles a acciones concretas en situaciones hipotéticas. Esta habilidad se volvió parte del repertorio cognitivo-conductual de Carlos para reaccionar a las situaciones estresantes. Después de respirar profundamente y contar hasta 10, empezó a pensar en distintas acciones posibles y a predecir las consecuencias. Fue capaz de generar cursos de actuación alternativos, anticipar sus consecuencias y escoger una alternativa sobre la base de esta información.

Se introdujo también a Carlos en el entrenamiento de inoculación de estrés. En este aspecto del tratamiento, se le enseñó a: a) anticipar las situaciones difíciles, b) imaginarse a sí mismo afrontando cada situación, y c) reforzándose a sí mismo por los intentos reales de afrontar la situación. Le fue especialmente útil ensayar autoverbalizaciones positivas del tipo «Puedo manejar esto» cuando se enfrentaba a una situación estresante o sentía el comienzo de emociones negativas.

Finalmente, se hicieron cambios en el sistema de reforzamiento por medio de fichas de Carlos. Se hicieron contingentes varios privilegios específicos con el empleo de las nuevas habilidades de autocontrol. Por ejemplo, al mostrar autocontrol Carlos podría conseguir ahora la posibilidad de que su novia le visitara. Éste era un reforzador potente, ya que estas visitas se habían dispuesto de forma aleatoria en el pasado. Además, Carlos se reunía una vez a la semana con su psicólogo para repasar los progresos, solucionar nuevos problemas y programar sus refuerzos de actividad para la semana.

VI.5. *Consideraciones especiales sobre la aplicación de estrategias de aprendizaje social en pacientes con retraso mental*

Ya que muchas estrategias cognitivo-conductuales se basan en procedimientos clínicos desarrollados para ser utilizados con individuos sin retraso mental, se puede intentar aplicar los mismos procedimientos en pacientes con discapacidades del desarrollo. Sin embargo, esta traducción raramente es tan simple y las siguientes directrices con respecto al empleo de esas estrategias puede aumentar la eficacia del tratamiento.

1. Incorporar estrategias para mantener la atención. Ya que atender al estímulo que se ha de aprender es esencial para el aprendizaje social, es importante proporcionar sesiones de adquisición de habilidades que sean entretenidas. Esto puede incluir la utilización creativa del vídeo, del aprendizaje ayudado por el ordenador, de representaciones de papeles, de la participación frecuente del paciente y de juegos instructivos.

2. Debido a que lo destacado de los modelos es una importante variable en el aprendizaje social, se deberían tener consideraciones cuidadosas sobre la adecuación del modelo en cada situación de aprendizaje. En un caso, un joven con retraso mental leve ayudó a los autores a grabar una cinta de vídeo que mostraba habilidades específicas de autocontrol. Otros pacientes informaron más tarde que observar a un igual tener éxito en el autocontrol les ayudaba a creer que ellos también podrían hacerlo satisfactoriamente.

3. Para un individuo con discapacidades de aprendizaje, la repetición del material puede aumentar la probabilidad de aprendizaje del mismo. Probablemente sea útil adoptar la expectativa de que los programas podrían requerir más sesiones para las personas con discapacidades del desarrollo que para los demás. Pueden ser necesarias también sesiones de apoyo durante los períodos de seguimiento.

4. Los individuos varían notablemente en su capacidad para generalizar las experiencias de tratamiento psicoeducativo. Cuando se llevan a cabo tratamientos que se basan en estrategias de autocontrol y de autorregulación, podría ser especialmente importante proporcionar ejemplos concretos de distintas situaciones de la vida real. Esto aumentará la probabilidad de que un paciente pueda utilizar realmente la estrategia en estas situaciones.

5. El incluir refuerzos individualizados y específicos por el empleo por parte del paciente de las recién adquiridas habilidades adaptativas puede proporcionar un aumento de la motivación para utilizar nuevas estrategias de afrontamiento que sean difíciles de recordar.

VI.6. Conclusiones

A pesar de la conclusión de que las personas con retraso mental padecen un amplio rango de trastornos psiquiátricos con mayor frecuencia que los individuos sin discapacidades y necesitan más los servicios de tratamiento, la literatura apenas ha respondido a sus necesidades (Nezu *et al.*, 1992; Reiss y Treng, 1984). Aunque algunos informes de la literatura caracterizan a la gente con retraso mental de leve a moderado como una población viable y apropiada para el tratamiento, los sesgos negativos del profesional contra estos individuos han seguido existiendo desgraciadamente.

Basándose en la revisión de la literatura, parece que los procedimientos que incluyen estrategias cognitivo-conductuales y del aprendizaje social son claramente los precursores de las alternativas potencialmente eficaces para el tratamiento ambulatorio. Los programas de tratamiento que tienen como objetivo

múltiples aspectos de la autorregulación pueden proporcionar una fuente especialmente rica de alternativas a considerar cuando se planifica el tratamiento. Ya que el autocontrol generalizado es una característica esencial de la gente que se ha adaptado a su entorno, debería continuar la investigación para explorar la aplicación de esos tratamientos en personas con retraso mental.

VII. TENDENCIAS FUTURAS DE LA INVESTIGACIÓN

Queda claro que es necesaria más investigación que evalúe una serie de estrategias clínicas para el tratamiento de personas con un diagnóstico doble de retraso y de trastorno mental. Las recomendaciones siguientes reflejan el camino específico que debería seguir dicha investigación.

1. Siempre que sea posible, la norma debería ser diseños de grupo con asignación aleatoria y condición de control. Sin embargo, los estudios de caso único bien diseñados que utilizan línea base múltiple, criterios con qué evaluar el cambio o diseños alternativos de tratamiento, pueden proporcionar información importante sobre la eficacia del tratamiento y deberían tenerse en cuenta cuando no son posibles los diseños de grupo.

2. Las muestras deberían ser homogéneas con respecto a: a) el nivel de retraso, b) el diagnóstico psiquiátrico, y c) la edad. El diagnóstico de retraso mental y de la psicopatología concomitante debería ser consistente a lo largo de los estudios y utilizar procedimientos que estén al día.

3. La evaluación debería ser de naturaleza múltiple, con distintos tipos de instrumentos de evaluación (p. ej., observación directa, autoinformes, entrevistas clínicas) y en distintas áreas (p. ej., cognitiva, conductual, afectiva, interpersonal, biológica).

4. La evaluación debería incorporar medidas que sean relevantes para la población con retraso mental, y también válidas y fiables.

5. Los estudios deberían examinar la importancia clínica y práctica de los resultados.

6. Deberían evaluarse los efectos de la generalización, especialmente con respecto a los cambios en el funcionamiento adaptativo, lo mismo que el mantenimiento de los efectos con el paso del tiempo.

7. Los problemas objetivo deberían ser socialmente relevantes (es decir, los que tienen un impacto directo en la mejora de la integración en la comunidad).

8. El estudio del proceso y de los resultados de la psicoterapia deberían asociarse a un modelo específico de psicopatología, especialmente a aquellos especialmente relevantes para una población con retraso mental.

9. Se necesita llevar a cabo estudios comparativos, integradores y de desmantelamiento de los componentes.

Basándose en la información presentada anteriormente, es claramente evidente la existencia de estudios relevantes que sugieren la utilidad potencial de

distintas alternativas de tratamiento para los individuos con diagnóstico doble. Sin embargo, a pesar de este hecho, sólo se ha comprobado un número limitado de estrategias en las clínicas de psicoterapia. Creemos que los esfuerzos para desarrollar una literatura básica sobre el tratamiento de los problemas de personas con retraso mental ha alcanzado un momento decisivo. La necesidad de servicios de salud mental para esta población no ha sido nunca tan grande; la existencia del problema se encuentra bien documentada. Aun así, la mayoría de los clínicos están obligados a tomar decisiones clínicas sin la seguridad de una amplia base documental sobre tratamiento. Con o sin estudios bien diseñados sobre los resultados del tratamiento, esta población seguirá siendo atendida. Por ello se ha presentado aquí un "orden del día" para la investigación futura. Las clases de servicios que recibirá la gente con diagnóstico doble dependerá en último término de la calidad y relevancia de la investigación futura en esta área.

Aunque el número de estudios diseñados para evaluar las intervenciones clínicas en adultos con retraso mental es pequeña en comparación con los tratamientos para la población con una inteligencia media, existe un conjunto cada vez mayor de literatura que aborda la eficacia potencial de algunas intervenciones que han sido eficaces con otras poblaciones. Además de esta literatura, hay una serie de estudios que proporciona una comparación de los procedimientos de tratamiento en un intento de identificar aquellas estrategias que con más probabilidad proporcionarán resultados positivos. Además, como la tendencia actual en el cuidado de la salud mental refleja una política continua de desinstitucionalización, es especialmente importante la necesidad de programas, con base en la comunidad, que proporcionen tratamiento de tipo ambulatorio (Matson, 1984b; Nezu *et al.*, 1992; Reiss y Trenn, 1984). Los estudios sobre el resultado de los tratamientos tienen el propósito doble de evaluar no sólo la eficacia de una intervención particular, sino también de determinar su aplicabilidad para propósitos ambulatorios.

REFERENCIAS

- American Association on Mental Retardation (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (9ª edición). Washington, D. C.: AAMR.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª edición) (*DSM-IV*). Washington, D. C.: APA.
- Benson, B. A., Rice, C. J. y Miranti, S. V. (1986). Effects of anger management training with mentally retarded adults in group treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 728-729.
- Bornstein, P. H., Bach, P. J. y Anton, B. (1982). Behavioral treatment of psychopathological disorders. En J. L. Matson y R. P. Barrett (dirs.), *Psychopathology in the mentally retarded*. Orlando, FL: Grune and Stratton.
- Borthwick-Duffy, S. A. (1994). Epidemiology and prevalence of psychopathology in people with mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 17-27.
- Bregman, S. (1984). Assertiveness training for mentally retarded adults. *Mental Retardation, 22*, 12-16.
- Fletcher, R. J. (1988). A county systems model: Comprehensive services for the dually-diagnosed. En J. A. Stark, F. J. Menolascino, M. H. Albarelli y V. C. Gray (dirs.), *Mental retardation and mental health: Classification, diagnosis, treatment, services*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Foss, G., Auty, W. P. e Irvin, L. K. (1989). A comparative evaluation of modeling, problem-solving, and behavior rehearsal for teaching employment-related interpersonal skills to secondary students with mental retardation. *Education and Training in Mental Retardation, 24*, 17-27.
- Fox, R., Hanjotes, H. y Rotatori, A. (1984). A streamlined weight loss program for moderately mentally retarded adults in a sheltered workshop setting. *Applied Research in Mental Retardation, 5*, 69-80.
- Gardner, W. I. (1988). Behavior therapies: Past, present, and future. En J. A. Stark, F. J. Menolascino, M. H. Albarelli y V. C. Gray (dirs.), *Mental retardation and mental illness: Classification, diagnosis, treatment, services*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Gardner, W. I., Clees, T. J. y Cole, C. L. (1983). Self-management of disruptive verbal ruminates by a mentally retarded adult. *Applied Research in Mental Retardation, 4*, 41-58.
- Guralnik, M. J. (1973). Behavior therapy with an acrophobic mentally retarded young adult. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 4*, 263-265.
- Harchik, A. E., Sherman, J. A. y Sheldon, J. B. (1992). The use of self-management procedures by people with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 13*, 211-227.
- Haselsine, B. y Miltenberger, R. G. (1990). Teaching self-protection skills to persons with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 95*, 188-197.
- Kirkland, K. y Caughlin-Carver, J. (1982). Maintenance and generalization of assertive skills. *Education and Training of the Mentally Retarded, 17*, 313-320.
- Losada-Paisey, G. y Paisey, T. J. (1988). Program evaluation of a comprehensive treatment package for mentally retarded offenders. *Behavioral Residential Treatment, 3*, 247-265.
- Lund, C. A. (1992). Long-term treatment of sexual behavior problems in adolescent and adult developmentally disabled persons. *Annals of Sex Research, 5*, 5-31.
- Matson, J. L. (1981). A controlled outcome study of phobias in mentally retarded adults. *Behaviour Research and Therapy, 19*, 101-108.
- Matson, J. L. (1982a). The treatment of behavioral characteristics of depression in the mentally retarded. *Behavior Therapy, 13*, 209-218.
- Matson, J. L. (1982b). Treating obsessive-compulsive behavior in mentally retarded adults. *Behavior Modification, 6*, 551-567.
- Matson, J. L. (1984a). Behavioral treatment of psychosomatic complaints in the mentally retarded. *American Journal of Mental Deficiency, 88*, 639-646.
- Matson, J. L. (1984b). Psychotherapy with persons who are mentally retarded. *Mental Retardation, 22*, 170-175.
- Matson, J. L. (1989). Social learning approaches to the treatment of emotional problems. En R. J. Fletcher y F. J. Menolascino (dirs.), *Mental retardation and mental illness: Assessment, treatment, and service for the dually-diagnosed*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Matson, J. L. y Barrett, R. P. (1982). *Psychopathology in the mentally retarded*. Nueva York: Grune and Stratton.

- Matson, J. L. y Gardner, W. I. (1991). Behavioral learning theory and current applications to severe behavior problems in persons with mental retardation. *Clinical Psychology Review, 11*, 175-183.
- Matson, J. L. y Senatore, V. (1981). A comparison of traditional psychotherapy and social skills training for improving interpersonal functioning of mentally retarded adults. *Behavior Therapy, 12*, 369-382.
- Matson, J. L. y Sevin, J. A. (1994). Theories of dual diagnosis in mental retardation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 6-16.
- McPhail, E. H. y Chamove, A. S. (1989). Relaxation reduces disruption in mentally handicapped adults. *Journal of Mental Deficiency Research, 33*, 399-406.
- Nezu, A. M. y Nezu, C. M. (1991). Entrenamiento en solución de problemas. En V. E. Caballo (dir.), *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M. y Perri, M. G. (1989). *Problem-solving therapy for depression: Theory, research, and clinical guidelines*. Nueva York: Wiley.
- Nezu, C. M. y Nezu, A. M. (1994). Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology: Research and clinical imperatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 34-42.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M. y Arean, P. (1991). Assertiveness and problem-solving therapy for mildly mentally retarded persons with dual diagnoses. *Research in Developmental Disabilities, 12*, 371-386.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M. y Gill-Weiss, M. J. (1992). *Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment*. Champaign, IL: Research.
- O'Reilly, M. F. y Chadsey-Rusch, J. (1992). Teaching a social skills problem-solving approach to workers with mental retardation: An analysis of generalization. *Education and Training in Mental Retardation, 27*, 324-334.
- Paul, G. L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. En C. M. Franks (dirs.), *Behavior therapy: Appraisal and status*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Peck, C. L. (1977). Desensitization for the treatment of fear in the high level adult retardate. *Behavior Research and Therapy, 15*, 137-148.
- Petronko, M. R., Harris, S. L. y Kormann, R. J. (1994). Community-based behavior training approaches for people with mental retardation and mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 49-54.
- Reiss, S. (1985). The mentally retarded, emotionally disturbed adult. En M. Sigman (dir.), *Children with emotional disorders and developmental disabilities: Assessment and treatment*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Reiss, S., Levitan, G. W. y Szyszko, J. (1982). Emotional disturbance and mental retardation: Diagnostic overshadowing. *American Journal of Mental Deficiency, 86*, 396-402.
- Reiss, S. A. y Trenn, E. (1984). Consumer demand for outpatient mental health services for mentally retarded people. *Mental Retardation, 22*, 112-115.
- Rogers, C. R. y Dymond, R. F. (1954). *Psychotherapy and personality change*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rotatori, A. F., Fox, R. y Switzey, H. (1980). A parent-teacher administered weight reduction program for obese Down's syndrome adolescents. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10*, 339-341.
- Schloss, P. J., Smith, M., Santora, C. y Bryant, R. (1989). A respondent conditioning approach to reducing anger responses of a dually diagnosed man with mild mental retardation. *Behavior Therapy, 20*, 459-464.

- Scibak, J. W. (1986). Behavioral treatment. En J. L. Matson y J. A. Mulick (dirs.), *Handbook of mental retardation*. Nueva York: Pergamon.
- Stacey, D., Doleys, D. M. y Malcolm, R. (1979). Effects of social skills training in a community-based program. *American Journal of Mental Deficiency, 84*, 152-158.
- Stokes, T. F. y Baer, P. M. (1977). An implicit technology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis, 10*, 349-367.
- Turner, S. M., Hersen, M. y Bellack, A. S. (1978). Social skills training to teach prosocial behaviors in an organically impaired and retarded patient. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 9*, 253-258.
- Tymchuk, A. J., Andron, L. y Rahbar, B. (1988). Effective decision-making/problem-solving training with mothers who have mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 92*, 510-516.
- Waranch, H. R., Iwata, B. A., Wohl, M. K. y Nidiffer, F. D. (1981). Treatment of a retarded adult's mannequin phobia through in vivo desensitization and shaping approach responses. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 12*, 359-362.
- Whitman, T. L. (1990). Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 94*, 347-363.
- Whitman, T. L., Hantula, D. y Spence, B. H. (1990). Behavior modification and the mentally retarded. En J. L. Matson (dir.), *Handbook of behavior modification with the mentally retarded* (2ª edición). Nueva York: Plenum.
- Whitman, T. L., Scibak, J. W. y Reid, D. (1983). *Behavior modification with the severely and profoundly retarded*. San Diego, Ca: Academic.

LECTURAS PARA PROFUNDIZAR

- Matson, J. L. y Barrett, R. P. (1982). *Psychopathology in the mentally retarded*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Nezu, C. M. y Nezu, A. M. (1994). Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology: Research and clinical imperatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 34-42.
- Nezu, C. M., Nezu, A. M. y Gill-Weiss, M. J. (1992). *Psychopathology in persons with mental retardation: Clinical guidelines for assessment and treatment*. Champaign, IL: Research.
- Reiss, S. (1985). The mentally retarded, emotionally disturbed adult. En M. Sigman (dir.), *Children with emotional disorders and developmental disabilities: Assessment and treatment*. Nueva York: Grune and Stratton.
- Verdugo, M. A. (dir.) (1995). *Personas con discapacidad: Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. Madrid: Siglo XXI.
- Whitman, T. L. (1990). Self-regulation and mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 94*, 347-363.

ÍNDICE ANALÍTICO

- Abstracción selectiva, 53, 547
Abuso de sustancias psicoactivas, 628-632
 prevención de recaídas, 631-632
 susceptibilidad al, 631
 tratamiento, 628-632
Acontecimientos agradables, 507-512, 519-520, 523, 527, 625
Acontecimientos desagradables, 506-508, 512, 527
 vérselas con, 507
Acontecimientos vitales y/o estresantes. 20.
 142, 522, 548, 554, 600, 613, 639, 720
Activación autónoma, 6-7
Adherencia, 568-569, 582-584, 641, 644
 obstáculos, 593
 procedimientos para aumentarla, 568-569, 591-595
Afirmaciones de "deberías", 548, 560
Agorafobia, 89-108, 114, 117
 alteraciones cognitivas, 92
 criterios diagnósticos, 90
 curso, 89
 definición, 89
 evaluación, 90
 prevalencia, 90
 temores en, 89
Alcohólicos Anónimos, 592
Aleccionamiento, 620
Alprozolam, 97-99
Alucinaciones, 595, 628, 631, 636, 637, 663-674
 auditivas (voces), 663-674
 creencias, 666, 671
 respuestas conductuales, 667
 respuestas emocionales, 667
 enfoque cognitivo, 663-664
 modelo, 672
 significado personal de las voces, 673
 terapia cognitiva, 669-674
 visuales, 663
Amitriptilina, 514, 516, 517
Amok, 466
Análisis funcional, 626, 696, 697, 702, 704, 707, 722
 de la conducta agresiva/agitada, 702
 de la conducta de vagabundeo, 698
 del cuidado de uno mismo, 704
Ansiedad ante la actuación, 276
Antidepresivos tricíclicos, 97
Antiparkinsonianos, 652
Antipsicóticos, 583, 613, 614
Apariencia personal, 68-69
Apoyo social, 480, 554
Apretón, técnica del, 284, 286-287
Aserción negativa, 512
Aserción positiva, 513
Asertividad, 514
Atribuciones erróneas, 57-59
Autoeficacia, 552, 558
Autocontrol, 57-59, 474, 496-497, 503, 514-515, 636, 643, 654-656, 727, 729, 730-732
 autoevaluación, 59, 476, 514-515, 636
 autoobservación, 476, 514-515, 636
 autorrefuerzo, 59, 476-477, 504, 514-515, 527, 727, 729
 emocional, 641
Autoobservación. 58, 65, 71, 247, 368, 370, 386, 504
Autorregistro. 45, 62, 143, 146-147, 186, 190, 191, 193, 198, 427, 474, 477, 506, 519, 521, 524, 527, 557, 643, 655, 729
Autorregulación, 545, 566, 636, 726, 732, 733
 en la esquizofrenia, 636
Autoverbalizaciones, 51-52
Aversión, 319
 entrenamiento en, 442
 olfativa, 319
 por medio del amoníaco, 319-320
Balonmano, 647
Balonvolea, 647
Benzodiazepinas, 97
Biofeedback, 102, 177, 180, 249, 693
Bloqueadores del canal de calcio, 580
Cambio cognitivo negativo, 546
Carbamacepina. 580
Castigo, 493, 498, 669, 725
Catastrofización, 127, 560
Center for Stress and Anxiety Disorders, 122
Clarificar, 559

Claustrofobia, 16
 Cleptomanía, 469-470
 descripción, 469
 inicio, 469
 tratamiento, 469-470
 Clompramina, 472, 485
 Clorpromazina, 686
 Cogniciones profundas, 544, 552
 Cogniciones superficiales, 544-545, 549-550, 552
 Comparación, 548
 Comprobación de la hipótesis, 383, 564-566
 pasos, 383-384
 Comprobación de la realidad, 63
 Compulsiones, 138
 definición, 138
 Condicionamiento interoceptivo, 115
 Conducta agitada, 699, 700-703
 en las demencias, 700-703
 antecedentes, 701
 consecuencias, 702
 evaluación, 701-702
 intervención, 702-703
 Conducta agresiva, 70-72, 699-703
 definición, 700
 dimensiones, 700
 en las demencias, 699-703
 antecedentes, 701
 consecuencias, 702
 evaluación, 701-702
 intervención, 702-703
 prevalencia, 700
 Conducta asertiva, 70-72, 728
 diferencias con otras conductas, 70-72
 modelo bidireccional, 71
 Conducta no asertiva, 70-72
 Conductas para el cuidado de uno mismo, 704-707
 en la demencia, 704-707
 evaluación, 704
 intervención, 705
 Confabulación, 343, 710
 Contacto físico, 68
 Contenido del habla, 70
 Contexto situacional, 366
 Contracondicionamiento, 726
 Contraste adaptativo, 57
 Contrato conductual, 591-593, 625
 Contrato de adherencia, 592, 594
 Control de las contingencias, 314
 Control del estímulo, 220, 476, 480, 706
 sugerencias, 481
 Control percibido, 6
 Coste de respuesta, 78, 472
 Cuestionario de ansiedad y preocupación

(*Worry and Anxiety Questionnaire, WAQ*), 224-225
 Cuestionario de cogniciones agorafóbicas (*Agoraphobic Cognitions Questionnaire, ACQ*), 91
 Cuestionario de conducta de enfermedad (*Illness Behaviour Questionnaire, IBQ*), 374
 Cuestionario de evaluación del estado actual (CEEA), 374, 389
 Cuestionario de creencias sobre las voces (*Beliefs about voices questionnaire, BAVQ*), 667, 684
 Cuestionario de invasiones cognitivas (*Cognitive Intrusions Questionnaire, CIQ*), 144
 Cuestionario de Miedos (*Fear Questionnaire, FQ*), 91
 Cuestionario de Pensamientos Automáticos (*Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ*), 550
 Cuestionario de preocupación, del estado de Pensilvania (*Penn State Worry Questionnaire, PSWQ*), 215, 217, 220, 225
 Cuestionario de sensaciones psicofisiológicas (*Body Sensations Questionnaire, BSQ*), 91
 Cuestionario "¿Por qué Preocuparse?" (*Why Worry?, WW*), 226
 Curso de afrontamiento de la depresión (CAD), 518-529
 aplicación a adolescentes, 521-526
 aspectos únicos, 522
 componentes, 523-526
 aplicación a cuidadores, 527
 aplicación a personas mayores, 526-527
 componentes, 526
 conductas objetivo, 519
 componentes esenciales, 518-519
 Curso para la satisfacción en la vida, 527
 componentes, 527
 Darse cuenta, 451, 474, 475, 496, 497
 entrenamiento en, 228-231
 Delincuencia sexual, 299-331
 programa de tratamiento, 305-331
 componentes del programa, 306-322
 cambio de actitud, 313-314
 empatía con la víctima, 310-313
 entrenamiento en intimidad, 314-316
 negación y minimización, 308-310
 preferencias sexuales, 316-320
 prevención de recaídas, 320-322
 estructura del programa, 305-306
 Demencia, 685-717
 definición, 685
 tipo Alzheimer, 685
 vascular, 685
 Depresión, 493-574

curso de afrontamiento de la, 518-529
 escala visual para la, 511
 evaluación conductual de la, 499-503
 autoinformes, 499-500
 entrevistas, 499
 observación, 501
 melancolía, 517
 modelo integrador, 498
 modelo para la terapia, 516
 prevención, 527-529
 programa de actividades, 509-510, 556, 558, 565
 terapia cognitiva, 551-570
 conceptualización de la depresión, 554
 objetivos, 552
 sesión típica, 555
 tratamiento conductual, 503-529
 y habilidades sociales, 502
 Derechos de rol, 59
 Derechos humanos básicos, 59-61, 74
 Descalificación de lo positivo, 548, 560
 Descatastrofizar, 562
 Desensibilización, 178, 180
 por medio de la imaginación, 442, 470
 sistemática, 178, 180, 460-470, 726
 en vivo, 178
 in vitro, 178
 Desorientación, 696, 697
 características, 697
 Detención del pensamiento, 476, 482-483
 Diabetes melitus, 686
 Diálogo con uno mismo, 484
 dingo, 484
 Diarios conductuales, 500-501
 Diátesis-estrés, modelo, 544, 571, 612-613
 estrés socioambiental, 613
 Diazepam, 101
 Disfunciones sexuales, 267-298
 clasificación, 268
 concepto actual, 268
 definición, 268
 dispareunia, 270
 etiología, 272-275
 evaluación, 277
 eyaculación prematura, 269-270, 280
 prevalencia, 271-272
 tratamiento de, 276-294
 trastorno de la erección en el varón, 269
 trastorno de la excitación sexual en la mujer, 269
 trastorno orgásmico femenino, 269
 trastorno orgásmico masculino, 269
 trastorno por aversión al sexo, 269
 trastorno por deseo sexual hipoactivo, 268-269
 vaginismo, 270

y déficit en habilidades, 276
 y falta de conocimiento, 275
 y la ansiedad ante la actuación, 276
 y los mitos sexuales masculinos, 282
 y mitos o creencias disfuncionales, 275-276
 Dispareunia, 270
 dilatación progresiva para la, 285
 etiología, 274-275
 prevalencia, 272
 Distancia, 68
 Distorsiones cognitivas, 53, 545-548, 584, 595-598
 abstracción selectiva, 53, 547
 afirmaciones de "deberías", 548, 560
 comparación, 548
 descalificación de lo positivo, 548, 560
 externalización de la propia valía, 548
 falacia del control, 548
 inferencia arbitraria, 53, 547
 magnificación y minimización, 53, 547
 pensamiento absolutista dicotómico, 53, 547
 perfeccionismo, 548
 personalización, 53, 547, 560
 razonamiento emocional, 547
 sobregeneralización, 547, 560
 Distracción, 6-7, 10, 387
 calidad afectiva del estímulo, 10
 centro, 10
 entrenamiento, 387
 tipo, 10
 Distrofia miotónica, 686
Ecological Catchment Area Survey, 138
 Economía de fichas, 475, 625, 725, 729
 Efecto "camello", 150
 Ejercicios físicos, 647, 655
 Encadenamiento, 494
 hacia adelante, 705
 hacia atrás, 705
 Enfermedad de Wilson, 686
 Enmascaramiento diagnóstico, 723
 Ensayo de conducta, 71-76, 515, 566, 727, 728
 Entonación, 69
 Entrenamiento asertivo, 458, 469, 503, 566, 727, 728
 Entrenamiento de la vejiga, 692
 Entrenamiento de padres, 625
 Entrenamiento del hábito, 691-692
 Entrenamiento en autoinstrucciones, 727
 Entrenamiento en comunicación, 291-292, 623-624
 Entrenamiento en el manejo de la ansiedad, 243-260
 base empírica, 244-246
 características, 247
 historia y fundamentos, 243-244

- integración con otros enfoques, 259-260
procedimientos de grupo, 257-258
- Entrenamiento en habilidades de afrontamiento, 614, 625-628, 632
categorías, 627
definición en esquizofrenia, 637
estrategias en esquizofrenia, 637
- Entrenamiento en habilidades sociales, 34, 66-70-76, 460, 472, 505, 512-516, 523-524, 565, 614-621, 632, 727-729
áreas objetivo, 620
componentes molares, 619
componentes moleculares, 66-70
esquema de una sesión, 618
evaluación, 614-616
para la depresión, 512-514
- Entrenamiento en intimidad, 314-316
- Entrenamiento en masturbación, 284
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID*), 36
- Entrevista dirigida para habilidades sociales, 36
- Entrevista estructurada para los trastornos por ansiedad (*Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS*), 36
- Entrevista estructurada sobre neutralización (*Structured Interview on Neutralization*), 144
- Entrevista motivacional, 630
- Entrevista para los trastornos por ansiedad según el DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, ADIS-IV*), 224
- Envejecimiento, 686
y sistema cardiovascular, 688
y sistema excretor, 689
y sistema músculo-esquelético, 688
y sistema respiratorio, 688
y sistema sensorial, 686-687
- Escala de actitudes disfuncionales (*Dysfunctional Attitudes Scale, DAS*), 549, 584
- Escala de adaptación, 374
- Escala de adaptación social - tipo autoinforme (*Social Adjustment Scale - Self-Report, SAS-SR*), 500
- Escala de agresión, de Ryden (*Ryden Aggression Scale*), 701
- Escala de amplificación somatosensorial (*Somatosensory Amplification Scale, SSAS*), 374
- Escala de ansiedad ante la interacción social (*Social Interaction Anxiety Scale, SIAS*), 36
- Escala de ansiedad social, de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS*), 36
- Escala de ansiedad y evitación social (*Social Avoidance and Distress Scale, SAD*), 37
- Escala de aversión sexual (*Sexual Aversion Scale, SAS*), 273
- Escala de catexis corporal (*Body Catexis Scale, BCS*), 426
- Escala de desesperanza, de Beck (*Beck Hopelessness Scale, HS*), 550, 556, 584
- Escala de deterioro por tricotilomanía (*Trichotillomania Impairment Scale, TIS*), 477
- Escala de empatía de Hogan (*Hogan Empathy Scale*), 310
- Escala de empatía emocional (*Emotional Empathy Scale*), 310
- Escala de evaluación de la conducta agresiva en los ancianos (*Rating Scale for Aggressive Behavior in the Elderly*), 701
- Escala de fobia social (*Social Phobia Scale, SPS*), 36
- Escala de intolerancia hacia la incertidumbre (*Intolerance of Uncertainty Scale*), 216, 225
- Escala de mejoría global realizada por el clínico (*Clinician's Global Improvement Scale, CGI*), 477
- Escala de observación de la agresión por parte del equipo médico (*Staff Observation Aggression Scale*), 701
- Escala de unidades subjetivas de ansiedad o malestar (*Subjective Units of Discomfort Scale, SUDS*), 42-45, 65, 76, 79, 179, 201
- Escala del centro de estudios epidemiológicos para la depresión (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D*), 500, 528
- Escala para la evaluación de la ansiedad, de Hamilton (*Hamilton Anxiety Scale, HAS*), 655
- Escala para la evaluación de la depresión, de Hamilton (*Hamilton Depression Rating Scale, HDRS*), 556
- Escala para la validez de las cogniciones (*Validity of Cognitions Scale, VoC*), 201, 202
- Escala para las obsesiones compulsiones, de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Y-BOCS*), 143, 146, 164, 415, 416, 429
- Escala de actitud hacia la enfermedad (*Illness Attitude Scales, IAS*), 374
- Escala del NIMH sobre el deterioro y la gravedad de la tricotilomanía (*NIMH-Trichotillomania Severity and Impairment Scales, NIMH-TSS, NIMH-TIS*), 478
- Escribir ante otras personas, 79
- Escucha empática, 630
- Esquemas, 31, 344-349, 544-546, 548-552, 559-562, 566-567, 569
codificados emocionalmente, 566
desadaptativos tempranos, 345, 546
evaluación, 549
- Esquizofrenia, 611-661, 669
consecuencias experiencia psicótica, 636
deterioro en el funcionamiento social, 612

- deterioros cognitivos, 612
- evaluación habilidades sociales, 614-616
contenido verbal, 615
equilibrio interactivo, 615
habilidades no verbales, 615
habilidades paralingüísticas, 615
preguntas útiles, 615
prevalencia, 611
síntomas negativos, 611-612, 635, 649, 650
síntomas positivos, 611-612, 635, 649, 650
y abuso de sustancias psicoactivas, 628-632
y autorregulación, 636
y ejercicios físicos, 647, 655
y entrenamiento en habilidades sociales, 614-615
áreas objetivo, 620
componentes molares, 619
esquema de una sesión, 618
formatos, 616-617
técnicas, 617-621
y habilidades de afrontamiento, 637
y psicoeducación, 635-661
y terapia familiar conductual, 621-625
educación, 622-623
estructura, 622
formato, 621
habilidades de comunicación, 623-624
problemas especiales, 625
solución de problemas, 624-625
- Estrés de la vida, 20
- Establecimiento de relaciones sociales, 79
- Etiquetar, 559
- Evaluación negativa, 26, 34
- Exageración de la responsabilidad, 158-161
- Examen del trastorno dismórfico corporal (*Body dysmorphic disorder examination, BDDE*), 415-417, 427, 429
- Exposición, 10-11, 34, 76-79, 93-104, 141, 151-157, 426-428, 437, 452-453
autoexposición, 93-101, 110-112
en la imaginación, 10, 95, 253, 365, 452-453
en vivo, 10, 58, 59, 76-79, 95, 365, 453, 566
funcional cognitiva, 223, 232-233
graduada, 63-65, 76, 428
guía de ayuda, 94
interoceptiva, 19, 121-122, 127-130, 365
ejercicios, 19
prácticas, 14, 16-18
prolongada, 178-180
sistemática, 13-14
tareas, 428
- Expresión corporal, 647
- Expresión facial, 67
- Expresividad emocional espontánea, 32
- Externalización de la propia vida, 548
- Externalización de las voces, 564
- Extinción, 6, 7, 493
- Evacuación prematura, 269-270, 280
prevalencia, 272
- Falacia del control, 548
reversible, 455
- Falacia del jugador, 454
- Falacia del talento especial, 454
- Flashbacks, 172, 183, 181
- Flecha descendente, 157, 559
- Fluidez, 69
- Fobia cardíaca, 377-378
- Fobia específica, 3-24
a conducir, 13, 16, 17
a las serpientes, 15, 18, 21
a los pájaros, 17
a volar, 15, 18
comienzo del temor, 12
conductas asociadas, 12
definición, 3
epidemiología, 4-5
jerarquía, 13, 16
pensamientos asociados, 12, 13, 18-19
pensamientos catastróficos, 18-19
sobreestimación de la probabilidad, 18
reacción emocional, 12
sentimientos asociados, 12
tipos, 3
a la sangre/inyecciones/daño, 4, 10-11, 16, 20
a los animales, 3-4, 16
al ambiente natural, 4
otros tipos, 5
tipo situacional, 4
variabes de posible influencia, 15
y estrategias cognitivas, 18-19
y estrés de la vida, 20
y evitación, 13
y exposición, 14, 16-18
interoceptiva, 19
y mantenimiento de los beneficios del tratamiento, 20-21
y señales de seguridad, 12-13
y tensión muscular aplicada, 19-20
- Fobia social, 25-87
definición, 26
distribución por sexos, 28
edad de aparición, 28
esquemas, 31
evaluación, 35-38
autorregistro, 37
entrevistas semiestructuradas, 36
instrumentos de autoinforme, 36-37
medidas conductuales, 37-38
medidas fisiológicas, 38
evaluación negativa en la, 26

- expresividad emocional espontánea, 32
 inhibición conductual, 32
 modelo de adquisición, 32-33
 prevalencia, 28
 programa de tratamiento, 38-80
 respuestas primarias, 32
 síntomas cognitivos, 27-28
 distorsiones cognitivas, 19
 síntomas conductuales, 27
 síntomas somáticos, 27
 situaciones más temidas, 27
 tipos, 28
 actuación, 28
 discreta, 28
 generalizada, 28
 interacción limitada, 28
 no generalizada, 28
 temor a hablar en público, 28
 y autoobservación, 58
 y clases de condicionamiento, 29-30
 y conciencia pública de uno mismo, 30
 y derechos humanos básicos, 59-61
 y entrenamiento en habilidades sociales, 34
 y estilo de vida, 29
 y exposición, 34
 y habilidades sociales, 25, 66-70
 y la presentación de uno mismo, 31
 y reestructuración cognitiva, 34
 y relajación, 34, 41
 y señales de ansiedad, 43
 y trastorno de la personalidad por evitación, 28, 29
 y TREC, 46-50
 y vulnerabilidad, 31-32
 Focalización de la atención, 366
 Focalización sensorial, 281, 287-291, 294
 procedimientos, 288-290
 Generalización excesiva, 53
 Gestos, 67
 Gimnasia sueca, 647
 Guiones sexuales, 292-293
 definición, 292
 Habilidades de afrontamiento, 247, 445, 451, 498, 521, 600, 612-613, 625-628, 726
 definición, 613
 por medio de la relajación, 247-260
 Habilidades de comunicación, 521, 524-526, 600-602, 623
 Habilidades de conversación, 513
 Habilidades sociales, 471, 495, 499, 502, 504, 519, 613, 614-621, 623, 729
 componentes, 619
 definición, 495
 formato, 616-617
 técnicas, 617-621
 Habitación, 5, 7
 Hablar en público, 79
Heterosocial Adequacy Test, 37
 Hiperventilación, 102, 116, 121, 124-125
 Hipnóticos, 652, 653
 Hipocondría, 355-406
 amplificación sensorial, 359-361
 como estado, 361
 como rasgo, 361
 sensaciones, 360
 tratamiento, 366-367
 autoprohibiciones, 380, 382-383
 concepto, 356, 391
 definición, 356-357
 problemas, 357-358
 diagnóstico, 356-358
 diario de hipocondría, 373, 384
 factores de mantenimiento, 364
 interpretación catastrófica, 361-363
 mecanismos, 362
 modelo, 362-363
 tratamiento, 367-368
 programa de tratamiento, 369-406
 evaluación, 370
 principios generales, 375
 Hipoparatiroidismo, 686
 Hoja ABC, 185-189, 192
 Hoja de preguntas para el cuestionamiento, 190, 192
 Hoja de trabajo para el cuestionamiento de las creencias, 192-200
 Ideas delirantes, 595, 637, 663, 674-680
 definición, 674
 modelo cognitivo, 674-680
 razones conceptuales, 676
 razones empíricas, 676
 terapia cognitiva
 Imaginación visual, 366, 475
 Imipramina, 97-98
 Incontinencia urinaria, 689-693
 causas, 690
 evaluación, 690-691
 funcional, 690
 intervención, 691-693
 biorretroalimentación, 693
 entrenamiento de la vejiga, 692
 entrenamiento del hábito, 691-692
 manejo de las contingencias, 692-693
 mixta, 690
 por desbordamiento, 690
 por impulso, 689
 por presión, 689
 prevalencia, 689
 Indefensión aprendida, 58

- atribuciones, 58
 Inervación vagal, 120
 Inferencia arbitraria, 53, 546-547
 error del adivinador del futuro, 547
 lector de mentes, 547
 Infusiones, 655, 656
 Inhibición conductual, 32
 Inmunidades, 498, 521
 Inoculación de estrés, 175-177
 primera fase, 175
 segunda fase, 176
 tercera fase, 176
 Instigación, 620, 706
 Instrucciones, 729
 Instrumento para clasificar la conducta de agitación (*Agitation Behavior Mapping Instrument*), 701
 Intención paradójica, 365
 Interrupción del hábito, 474
 Inundación, 178
 Inventario de acontecimientos agradables (*Pleasant Events Schedule, PES*), 500, 501
 Inventario de acontecimientos desagradables (*Unpleasant Events Schedule, UES*), 500-501
 Inventario de acontecimientos interpersonales (*Interpersonal Events Schedule, IES*), 500
 Inventario de agitación, de Cohen-Mansfield (*Cohen-Mansfield Agitation Inventory*), 701
 Inventario de agorafobia, 92
 Inventario de ansiedad, de Beck (*Beck Anxiety Inventory, BAI*), 143, 226, 550, 555
 Inventario de ansiedad estado-rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI*), 374, 655
 Inventario de ansiedad y fobia social (*Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI*), 37, 91
 Inventario de creencias sobre las obsesiones (*Inventory of Beliefs Related to Obsessions, IBRO*), 144-145
 Inventario de depresión, de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*), 143, 226, 374, 499-500, 526, 528, 550, 553, 555, 556, 563, 569, 570, 655
 Inventario de movilidad (*Mobility Inventory, MI*), 91
 Inventario de Padua (*Padua Inventory*), 143
 subescalas, 143
 Inventario de solución de problemas sociales (*Social Problem-Solving Inventory, SPSI*), 225-226
 Inventario Multifásico de Personalidad, de Minnesota (*Hypochondriasis Scale - His - Minnesota Multiphasic Personality Inventory, MMPI*), 374
 Inversión del hábito, 474-476, 479
 Juego patológico, 441-464
 diagnóstico, 441
 evaluación, 444-448
 análisis funcional, 444-445
 creencias irracionales, 446
 habilidades de afrontamiento, 445
 impulsos a jugar, 445
 motivación, 447
 falacia del control reversible, 455
 falacia del jugador, 454
 falacia del talento especial, 454
 papel del cónyuge, 459
 prevalencia, 442
 razonamiento emocional, 456
 resplandor de ganar, 456
 tratamiento, 448-461
 constucción del repertorio, 449-451
 darse cuenta, el, 451
 estabilización, 448
 y entrenamiento en habilidades sociales, 460
 Lista de adjetivos para la depresión (*Depression Adjective Check List, DACL*), 500
 Litio, 579, 580, 582-583, 592
 Locus de control, 505, 567
 Manejo de las contingencias, 692-693, 729
 Manejo del tiempo, 503, 507
 Magnificación y minimización, 53, 547
 Memoria, 693
 en la demencia, 693-696
 evaluación, 694
 intervención, 694-696
 Metáfora, 361
 Mirada, 66-67
 Mitos sexuales masculinos, 282
 Modelado, 74, 75, 515, 653, 728, 729
 encubierto, 176, 476, 485
 participante, 727
 Moldeamiento, 75, 515, 652, 705
 Motivación, 447, 474, 630
 en el juego patológico, 447
 principios, 447
 en la esquizofrenia, 630
 Neurolepticos, 653, 654, 665, 697, 703
 Neutralización, 140-142, 149, 151
 Noradrenalina, 7
 Obsesiones, 137-169
 definición, 138
 modelo, 140
 establecimiento de, 147
 tratamiento, 145-165
 características, 145
 jerarquía, 153
 Ordenador, 732

- Orientación, 68
- Parafilias, 299-331
clases, 299
definición, 299
tratamiento, 301-323
historia, 301-302
- Patrones erróneos de pensamiento, 191
- Pensamiento absolutista dicotómico, 53, 547
- Pensamiento mágico, 158
- Pensamientos automáticos, 51-52, 549-550.
561, 567, 569, 598
negativos, 552, 560
- Pensamientos desadaptativos, 52
características, 52
- Percepción social, habilidades de, 616
entrenamiento en, 616, 620
expresión facial, 616
- Perfeccionismo, 161-162, 548
- Personalización, 53, 547, 560
- Petanca, 647
- Ping-pong, 647
- Piromanía, 470-472
descripción, 470-472
- Planificación del futuro, 525-526
- Postura, 67-68
- Práctica negativa, 473
- Proyección de la exposición, 6
- Preguntas estocásticas, 562
- Preguntas socráticas, 562
- Preocupación, 213-223, 242-243, 247
concepto, 213
temas, 213-215
tipos, 221-223
y conducta aproximación-evitación, 216-217
y la reevaluación de la valoración, 233-234
y patrones de afrontamiento, 217-219
y solución de problemas, 215-216, 231-232
- Prevención de la respuesta, 141, 429-430, 437
entrenamiento, 480
- Prevención de recaídas, 162-163, 457, 476, 484-485, 570, 631-632, 729
- Principio de Premack, 504
- Procesamiento emocional, 6-7
- Programa de acontecimientos agradables, 520, 523
- Programa de actividades, 556, 558
- Proyección en el tiempo, 504
- Psicoeducación, 635-661
concepto, 638-639
definición, 639
estructura, 643
objetivos, 638-639
para la esquizofrenia, 635-661
adherencia al tratamiento, 635, 641, 644-648, 652-656
autocontrol, 635, 641, 642
autocuidado, 635, 640, 644-647
autoestima, 635, 640, 641, 647-652, 656
conciencia corporal, 635, 640, 641, 645, 646-647
conciencia de vulnerabilidad, 635, 640, 647-652
- Psicomotricidad, 647
- Puntos de bloqueo, 184, 187-194
- Punto "g", 279
- Rayuela, 647
- Razonamiento emocional, 456, 548
- Reatribución, 366, 368
de los síntomas, 366, 368
- Recondicionamiento orgásmico, 318
- Recondicionamiento por medio de la masturbación, 317-319
- Reentrenamiento de la respiración, 102, 118-119, 481
- Reestructuración cognitiva, 34, 51-59, 120-121, 176, 476, 483, 516
- Reflejo tranquilizante, 176
- Refuerzo, 494, 495
baja tasa de, 494-495
contingente a la respuesta, 494, 498
de conductas incompatibles, 649
diferencias, 725
de otras conductas, 468
disminución del número, 494
reducción de la eficacia, 494
social, 653, 655, 706, 729
- Registro Diario de Pensamientos (RDP) (*Daily Thoughts Record, DTR*), 556-557, 567, 596
- Relajación, 34, 41, 119-120, 176, 177, 247-257, 366, 458, 472, 474-476, 481-482, 503, 505, 506, 514, 519, 523-524, 566, 595, 625, 647, 655, 726, 727, 730
aplicada, 119-120, 451-452
diferencial, 51, 56, 476
progresiva, 249-257, 366, 506, 519-520
rápida, 42
- Reposicionamiento, 483
- Representación de papeles, 54, 176, 484, 516, 520, 615, 618, 619, 656, 729, 730, 732
- Respiración, 366, 655, 730
diafragmática, 176
- Restitución, 705
- Retraso mental, 719-737
comorbilidad, 720
criterios, 720
definición, 719-720
evaluación, 722-724
multimodal, 722-724
obstáculos, 723
obstáculos para el tratamiento, 721
recomendaciones para la investigación, 733

- y el aprendizaje social, 724, 726-729
y el condicionamiento operante, 724, 725
y el condicionamiento respondiente, 724, 725-726
y el diagnóstico doble, 719, 721, 726, 728, 733, 734
y funcionamiento adaptativo, 719
y los psicoanalistas, 721
y los terapeutas centrados en el cliente, 721
- Retroalimentación, 75, 618, 728, 729
correctora, 600, 618, 619
visual, 706
- Rinoplastia, 423
- Saciación, 363, 472, 475, 725
- Sensibilización encubierta, 317-319
- Sensibilización neurobiológica, 377
- Señales de seguridad, 6, 12-13
- Señales neurológicas menores, 466
- Sesgo confirmatorio, 362
- Simulated Social Interaction Test (SSIT)*, 37
- Sobrecorrección, 474, 475, 725
positiva, 705
- Sobreestimación, 126, 158
- Sobreestimulación, 593, 638
- Sobregeneralización, 547, 560
- Solución de conflictos, 523-526
- Solución de problemas, 74, 176, 221-222, 452, 458, 472, 503, 515, 524-525, 555, 561, 566, 622, 627
adaptado, 231-232
entrenamiento, 624-625, 727, 728, 731
pasos, 624
para la evaluación en retraso mental, 722
psicosociales, 600
- Supresión de atención a las quejas, 365
- Taped Situation Test*, 37
- Técnica de las tres columnas, 56
- Técnica de parada-marcha, 284
- Temor a hablar en público, 28
- Temor a la evaluación negativa (*Fear of Negative Evaluation, FNE*), 37
- Tensión muscular aplicada, 11, 19-20
ejercicio práctico, 20
- Teoría bifactorial de Mowrer, 6, 29, 63, 174
- Terapia cognitiva centrada en los esquemas, 344-350
compensación, 349
evitación de los esquemas, 347-349
afectiva, 348
cognitiva, 348
conductual, 348
mantenimiento de los esquemas, 347
- Terapia cognitiva de Beck, 343, 551-571, 596
evaluación, 553-555
- factores no específicos, 552
para la depresión, 551-570
para las alocuciones auditivas, 669-674
para las ideas delirantes, 677-680
secuencia específica, 553
socialización, 553-555
- Terapia de procesamiento cognitivo, 182-200
puntos de bloqueo, 184
e intimidad, 192, 197-199
y confianza, 192, 194-195
y estima, 192, 196-197
y poder/control, 192, 195-196
y seguridad, 192, 194
- Terapia de reprocesamiento y desensibilización por medio de movimientos oculares (*Eye Desensitization and Reprocessing therapy, EMDR*), 200-203
- Terapia de saciación, 318-319
- Terapia familiar, 472, 517-518, 621-623, 632
educación, 622-623
estructura, 622
formato, 621
habilidades de comunicación, 623-624
problemas especiales, 625
solución de problemas, 624-625
- Terapia marital, 517-518
- Terapia racional emotivo conductual (TREC), 46-50, 267, 420, 678
autocondena, 47, 54
baja tolerancia a la frustración, 47, 54
conclusiones, 47
debate conductual, 54
debate por medio de la imaginación, 54
debates cognitivos, 53-54
diferencias entre creencias, 52-53
exigencias absolutistas, 47, 54
hojas ABC, 185-189, 192
imágenes racionales emotivas, 55
inversión del papel racional, 54
modelo ABC, 47, 49, 185, 420, 422
pasos para el cuestionamiento, 49-50
pensamientos irracionales, 48
reglas, 48-49
tremendismo, 47, 54
- Terapia sexual cognitivo-conductual, 278-294
dilatación progresiva, 285
educación, 278-279
entrenamiento en comunicación, 291-292, 623-624
entrenamiento en habilidades conductuales, 283-287
entrenamiento en masturbación, 284
focalización sensorial, 287-293
guiones sexuales, 292-293
método del apretón, 284
prevención de las recaídas, 293-294

- directrices, 294
- reestructuración cognitiva, 279-284
- técnica de parada-marcha, 284
- Test conductual de asertividad (*Behavioral Assertiveness Test, BAT*), 499
- Test de aproximación conductual (TAC), 14
- Test de autoverbalizaciones en la interacción social (*Social Interaction Self-Statement Test, SISSI*), 500
- Test de evaluación conductual, 37-38
- Tics, 474
- Tiempo de habla, 69-70
- Tiempo fuera, 475, 643, 703, 705, 706, 725
- Toma de decisiones, 533, 728, 734
- Tranquilizantes, fármacos, 652, 653
- Trastorno de la erección en el varón, 269, 281
 - etiología, 273-274
 - prevalencia, 271-272
- Trastorno de la excitación sexual en la mujer, 269
 - etiología, 274
 - prevalencia, 272
- Trastorno de la personalidad por evitación, 28, 29
- Trastorno dismórfico corporal, 407-437
 - características, 408-412
 - afectivas, 410-411
 - cognitivas, 410-411
 - conductuales, 411-412
 - estudios de caso, 412-413
 - evaluación, 416-418
 - tipos de quejas, 408-410, 424-425
 - tratamiento, 415-433, 437
 - directrices, 415-432
 - y aceptar cumplidos, 431
 - y afrontar el estigma social, 431
 - y la eliminación de comparaciones, 432
 - y palabras tranquilizadoras, 430-431
- Trastorno disociativo de identidad, 335-352
 - terapia cognitiva, 336-350
 - estructura de tratamiento, 338-339
 - modelo de tratamiento, 338
 - principios de tratamiento, 337
- Trastorno explosivo intermitente, 465-468
 - descripción, 465-467
 - tratamiento, 468
- Trastorno obsesivo-compulsivo, 137-169
 - comorbilidad, 138-139
 - definición de las compulsiones, 138
 - definición de las obsesiones, 138
 - diagnóstico diferencial, 138
 - prevalencia, 137
 - y neutralización, 140-142
 - y prevención de recaídas, 162-163
- Trastorno orgásmico femenino, 269
 - etiología, 274
 - prevalencia, 272
- Trastorno orgásmico masculino, 269
 - etiología, 274
 - prevalencia, 272
- Trastorno por ansiedad generalizada, 211-240, 241-263
 - características, 241-243
 - comorbilidad, 212-213
 - definición, 212
 - diagnóstico, 212
 - evaluación, 223-227
 - entrevistas estructuradas, 224
 - modelo clínico de preocupación, 228
 - prevalencia, 211
 - síntomas, 212
 - y el concepto de preocupación, 213, 217-219
 - y tratamiento, 227-235
- Trastorno por aversión al sexo, 269
 - etiología, 273
 - prevalencia, 271
- Trastorno por deseo sexual hipoactivo, 268-269
 - prevalencia, 271
- Trastorno por estrés postraumático, 171-209
 - diagnóstico, 171
 - porcentaje sin remisión, 173
 - síntomas, 171-172
 - y la teoría del aprendizaje, 174-175
 - y la teoría del procesamiento de la información, 180-183
 - y la teoría del procesamiento emocional, 177-180
- Trastorno por pánico, 96, 100, 113-136
 - ataques de pánico, 113-131
 - definición, 113-114
 - tipos, 114
 - definición, 113
- Trastornos bipolares, 575-607
 - curso, 576, 580
 - definición, 575
 - detección de síntomas, 586-587
 - niveles, 586-587
 - episodio depresivo mayor, 576
 - criterios diagnósticos, 576
 - episodio hipomaniaco, 577, 579, 596
 - criterios diagnósticos, 577
 - episodio maniaco, 575, 578-579, 596
 - aumento de la estimulación mental, 598
 - criterios diagnósticos, 575
 - episodio mixto, 576
 - criterios diagnósticos, 576
 - hoja resumen de síntomas, 589
 - prevalencia, 576
 - representaciones gráficas, 587-588
 - trastorno bipolar I, 576
 - trastorno bipolar II, 576
 - y la comunicación interpersonal, 601-602
 - reglas, 601
 - y terapia de conducta cognitiva, 584-602
 - principales objetivos, 585
- Trastornos del control de impulsos, 465-489
 - concepto, 465
- Trastornos somatoformes, 356, 358-359
 - rasgo común, 356
- Triada cognitiva, la, 550-551
 - componentes, 550-551
- Tricofagia, 477
- Tricotilomanía, 472-485
 - curso, 473
 - descripción, 472-473
 - edad de aparición, 473
 - tratamiento, 474-485
- Unidad de estimulación reducida, 703
- Vagabundeo, 696-699
 - categorías, 696-697
 - búsqueda de la salida, 697
 - con autoestimulación, 697
 - estimulado por un modelo, 697
 - por acatisia, 696

- por desorientación, 697
- consecuencias, 696
- definición, 696
- evaluación, 697-698
- intervención, 698-699
- Vaginismo, 270
 - dilatación progresiva para el, 285
 - etiología, 275
 - prevalencia, 272
- Valproato de sodio, 580
- Verbalización concurrente, 670
- Video, 732
- Volumen de voz, 69
- Vulnerabilidad, 31-32, 115-117, 498, 516, 521, 544, 551, 571, 587, 612-613, 622, 623, 630-632, 637, 640, 642, 644, 656, 720
 - conciencia de, 647-652
 - definición, 31, 115
- Yoga, 366
- Zeitgeist*, 25, 571

MANUALES

ECONOMIA

- NIETO SOLIS, J. A.—*Fundamentos y políticas de la Unión Europea*. 272 pp.
NIETO SOLIS, J. A.—*Introducción a la economía de la Comunidad Europea*. 200 pp. (4.ª ed.)

EDUCACION

- FERNÁNDEZ PEREZ, M.—*La profesionalización del docente. Perfeccionamiento. Investigación en el aula. Análisis de la práctica*. 264 pp.
FERNÁNDEZ PEREZ, M.—*Las tareas de la profesión de enseñar. Práctica de la racionalidad curricular. Didáctica aplicable*. 1.064 pp. Empastado.

FILOSOFIA

- GONZALEZ GARCIA, M. (comp.).—*Filosofía y cultura*. 640 pp.

HISTORIA

- AIZPURU, M. X., y RIVERA, A.—*Manual de historia social del trabajo*. 432 pp.
JULIA DIAZ, S.—*Historia social/sociología histórica*. 138 pp.

LOGICA

- PEREZ SEDEÑO, E.—*Ejercicios de lógica*. 148 pp.

PSICOLOGIA

- ALDAZ, J. A. y VAZQUEZ, C. (comps.).—*Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. 488 pp.
AVILA, A., y POCH, J. (comps.).—*Manual de técnicas de psicoterapia. Un enfoque psicoanalítico*. 792 pp. Empastado.
BUÉLA-CASAL, G., y CABALLO, V. E. (comps.).—*Manual de psicología clínica aplicada*. 562 pp.
BUÉLA-CASAL, G., CABALLO, V. E., y SIERRA, J. C. (dirs.).—*Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud*. 1.152 pp. Empastado
BUÉLA-CASAL, G., y NAVARRO, F. J. (comps.).—*Avances en la investigación del sueño y sus trastornos*. 480 pp.
CABALLO, V. E.—*Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. 432 pp. Empastado.
CABALLO, V. E. (comp.).—*Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta*. 1.016 pp. Empastado. (3.ª ed.)
CABALLO, V. E., BUÉLA-CASAL, G., y CARROBLES, J. A. (dirs.).—*Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*.
Vol. 1. *Fundamentos conceptuales; trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos*. 864 pp.
Vol. 2. *Trastornos de la personalidad, medicina conductual y problemas de relación*. 824 pp.
FERNÁNDEZ RIOS, L.—*Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. 608 pp.
GARCIA CUETO, E.—*Introducción a la psicometría*. 264 pp.
GARCIA MADRUGA, J. A.—*Desarrollo y conocimiento*. 144 pp.
LEON-CARRION, J.—*Manual de neuropsicología humana*. 576 pp. Empastado.
URRA, J., y VAZQUEZ MEZQUITA, B.—*Manual de psicología forense*. 472 pp.
VERDUGO, M. A. (dir.).—*Evaluación curricular. Una guía para la intervención psicopedagógica*. 784 pp. Empastado.
VERDUGO, M. A. (dir.).—*Personas con discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras*. 1.464 pp. Empastado.

